Cancer Care Ontario

Action Cancer Ontario

Annual Report

2011-2012

Ontario

Cancer Care Ontario

Table of Contents

LETTER FROM THE PRESIDENT AND CHAIRMAN OF THE BOARD OF CANCER CARE ONTARIO 2

ABOUT CANCER CARE ONTARIO (CCO) . 6

THE ONTARIO CANCER PLAN (OCP) . . 7

2011-2012 HIGHLIGHTS AND ACHIEVEMENTS

Cancer Services

Prevention and Cancer Control (P&CC)

Prevention 8
Surveillance 9
Research 10
Occupational Cancer Research Centre . . . 10
Integrated Cancer Screening 11
ColonCancerCheck 12
Ontario Breast Screening Program 12
Primary Care 13
Aboriginal Cancer Control Unit 14

Diagnosis

Diagnostic Assessment Programs 16
Stage Capture/Pathology 17

Treatment

Disease Pathway Management 18
Models of Care 18
Multidisciplinary Cancer Conferences . . . 19
Patient Experience 20
Cancer Surgery 21
Radiation Treatment 23
Intensity Modulated Radiation Treatment . 24
Clinical Specialist Radiation Therapist . . . 27
Medical Physics Residency Program 27
Systemic Treatment 28
Provincial Drug Reimbursement Programs . 30
Cancer Imaging 32
Molecular Oncology 32
Ontario Cancer Symptom Management Collaborative 33
Survivorship Program 33
Specialized Services Oversight 34

Infrastructure

Capital Projects 35

Information Management and Technology

Information Strategy (I^4)

Infrastructure – The right people, process and technology 36
Instrument the System – The tools and systems to capture and deliver data 37

Information Programs

Cancer Information Program 37
Prevention and Cancer Control Information Program 38
Informatics – The art and science of transforming data into actionable information 39
Innovation – The combination of good ideas, smart risks and strategic investment 39

ACCESS TO CARE (ATC)

Alternate Level of Care Information 40
Emergency Room Information 40
Surgery and Diagnostic Imaging Wait Times 41
Surgical Efficiency Targets Program (SETP) 41
Cardiac Care Network (CCN) 41

THE ONTARIO RENAL NETWORK (ORN) 42

HUMAN RESOURCES 44

FINANCIAL REPORTS 45

APPENDICES

Board of Directors 62
Executive Leadership 62
Clinical Leadership 63
Provincial Leadership 63
ORN Leadership 64
ORN Provincial Leadership 64

Letter From the President and Chairman of the Board of Cancer Care Ontario

Fiscal 2011-2012 was another year of significant progress for Cancer Care Ontario working with partners across our core areas of cancer, chronic kidney disease and access to care. We continue to focus our efforts on building the best health systems for the people of Ontario.

We made this progress against the backdrop of a continuing demographic shift to an older and growing population that is driving greater demand for healthcare, and a constrained economic environment that has brought greater need for fiscal restraint and an increased emphasis on providing value for money.

Both Ontario's Action Plan For Health Care and the Drummond Commission on the Reform of Ontario's Public Service noted that in the face of these challenges and without action to transform healthcare, health spending and the system itself would become unsustainable.

Yet as much as these fiscal and demographic realities create challenges for healthcare in Ontario, they also offer tremendous opportunities. We believe CCO has an important role to play in this transformation, helping ensure quality healthcare while controlling costs. We will do this by leveraging the assets, knowledge, and proven approaches we have developed and refined in our core areas to help define the direction and future of health in Ontario.

And we will do this through strategies that tie funding to performance and increased efforts in prevention and by driving the delivery of more patient-centred, integrated, and high-quality care to produce greater value for every health dollar we spend.

We start from a position of strength. In fiscal 2011-2012, our initiatives continued to address the urgent healthcare needs of today and to build the foundation for better health tomorrow.

CANCER

This past year, we:

- Expanded our Ontario Breast Screening Program to the approximately 34,000 women in Ontario aged 30 to 69 who are at high risk for breast cancer because of genetics or a personal or family history. These women now are eligible to receive an annual breast screening MRI and a mammogram through the program.
- Partnered with Public Health Ontario to author *Taking Action to Prevent Chronic Disease: Recommendations for a Healthier Ontario* – a report that recommends 22 ways government can reduce the growing incidence of chronic disease.
- Expanded our work on cancer staging and pathology, a CCO-led, multi-year Ontario project that has substantially improved the quality and completeness of cancer pathology and staging data through standardized reports. This information is critical for all cancer patients since it allows them to be diagnosed or have cancer ruled out accurately and quickly, ensures that if they do have cancer that the right treatments are selected for their specific cancer, and allows the necessary monitoring of the effectiveness of the treatment.
- Ensured cancer patients have equitable access to treatment regardless of where they live in Ontario through the development and/or expansion of major cancer treatment facilities in Barrie, Kingston, and St. Catharines-Niagara and the upgrading of radiation equipment at nine regional cancer centres.
- Launched the Lung Cancer Diagnosis Pathway, the first in a series of pathway maps for lung, colorectal, breast, and prostate cancers. These maps are quality improvement tools and when the series is complete in 2015, they will help improve the quality, access, appropriateness, and coordination of patient care based on best scientific evidence. Developed using evidence from local, national and international clinical practice guidelines to improve the quality of care, processes, and the patient experience for a given type of cancer, these maps are essentially evidence-based flowcharts that provide a high-level overview of the care that a cancer patient in Ontario should receive.
- Met the provincial target of 90 percent of thoracic surgeries being performed in thoracic centres. This is an important milestone because successful patient outcomes – including lower mortality and reduced complications – are known to be linked to the number of surgeries performed and the availability of specialized surgical training and hospital resources.

- Began administering the new Evidence Building Program (EBP) for cancer drugs. The program is designed to resolve uncertainty around clinical and cost-effectiveness data related to the expansion of Ontario's cancer drug coverage. The EBP was designed to complement and strengthen Ontario's New Drug Funding Program (NDFP) for cancer drugs, and the process for making drug-funding decisions. In 2011-2012, we funded the first drug through the EBP – Herceptin – and as of March 13, 2012, 54 patients had accessed Herceptin funding through the program.
- Under the NDFP, which funds new, and often very expensive, cancer drugs that are supported by clinical guidelines and pharmacoeconomic evidence, we reimbursed more than 25,000 patient cases with a total of 27 cancer drugs covering 67 indications at an approximate cost of $220 million. During the year, six new cancer indications were approved. We also worked closely with interprovincial ministries of health and cancer agencies to implement a permanent pan-Canadian Oncology Drug Review (pCODR), as part of efforts to promote a national drug-review process and to leverage clinical and pharmacoeconomic expertise throughout Canada.

Thanks to these and many other initiatives, the rate of people surviving cancer is improving. In part, this reflects our progress under multiple Ontario Cancer Plans. In its 2011 report, the Cancer System Quality Index says Ontario cancer patients now have one of the best chances of survival anywhere in the world.

That progress continues under Ontario Cancer Plan III for the years 2011-2015. It carries on this vital work with a focus on prevention, screening, diagnosis, treatment, follow-up, and palliative care.

But it also continues in other areas of healthcare as we leverage the tremendous base of knowledge and approaches we developed through our work in cancer to address other challenges across Ontario's health system.

For example, we used the cancer-based knowledge, tools, and experience in establishing the Ontario Renal Network (ORN) with a mandate to implement a world-class system for delivering care to chronic kidney disease (CKD) patients.

ONTARIO RENAL NETWORK

In 2011-2012, we:

- Led the development of a patient-based funding model for CKD that will help drive the delivery of more integrated care. This new approach provides a platform to increase accountability with funding following patients across care settings rather than being allocated under the traditional "fee for service" model.
- Launched a CKD Atlas, an innovative web-based tool that displays information on system capacity and resources as well as measurements related to service delivery, outcomes of care and quality.
- Developed Ontario's first Renal Plan for the years 2012-2015. To be released in early fiscal 2012-2013, the Plan is patient-centred and addresses seven key priorities to improve the delivery of renal services across Ontario.
- Rebuilt the Ontario Renal Reporting System (ORRS) application, to collect timely CKD and renal dialysis data to help improve system performance and accountability.

ACCESS TO CARE

Access to Care (ATC) – receiving the appropriate, high quality healthcare where and when a patient needs it – remains a high priority for the people of Ontario. Access to Care, which is housed at CCO, is a service delivery agent for Ontario's Wait Times Strategy and its Emergency Room/Alternate Level of Care Information Strategy.

The overarching objective of CCO's ATC program is to enable improvements in the access, quality, and efficiency of healthcare services through the Information Management/Information Technology (IM/IT) CCO provides to hospitals, LHINs and the MOHLTC.

This past year, in Access to Care, we:

- Worked with almost 100 Ontario hospitals to introduce the collection of Wait 1 data – the time that a patient waits from referral for consultation to the first consultation with a surgical specialist. This data will help us better understand surgery wait times and current healthcare system pressures, allowing us to make better resource allocation decisions, and helping identify opportunities for further efficiencies.

- Continued using clinician leadership and engagement, along with state-of-the-art project management methodologies, to develop information solutions and deploy them to healthcare organizations across the province. They, in turn, use them to reduce wait times and improve patient access to healthcare services.
- Launched, within the Wait Time Information System (WTIS), the ability to capture near-real-time Alternate Level of Care (ALC) patient information in 114 hospitals.
- Expanded the Emergency Room National Ambulatory Initiative (ERNI) to include five new data elements related to specialist consults across 92 hospitals.
- Launched a new definition for what constitutes pre-admission screening on a surgical patient and target for Percent Patients Screened Prior to Surgery for the Surgical Efficiency Targets Program (SETP).

The success of many of these initiatives depends on CCO harnessing the power of information to make creative and vigorous use of the data Ontario's healthcare systems generate.

CCO's IM/IT capabilities support the need to reduce costs, manage resources, and improve patient care and will be essential as Ontario makes the transition from fee-for-service business models to patient-based funding with performance goals based on wellness outcomes.

As these examples attest, across our mandates we are developing and delivering programs that are helping Ontario make gains, not only in our core areas, but in the broader healthcare system.

Yet much more remains to be done. These challenging times demand innovative tools and strategies.

In recognition of this, and with the guidance and support of our Board of Directors, we have developed Cancer Care Ontario's first Corporate Strategy, one that leverages the programs, experience, and approaches of CCO and others to strengthen the impact of our efforts and enable broader health-system improvement.

The strategy, entitled *A Healthy Ontario, Our Future Health Built With Care*, charts our course for the next six years. It was developed with a set of guiding principles, including the signal commitment that the people of Ontario will be at the core of everything we do and every decision we make.

Chronic diseases are associated with age. And so, the simple facts are that even as dollars get harder to come by, more Ontarians are going to face living with, or caring for, someone with a chronic disease. Consider:

- The number of people living with CKD risk factors is rising.
- By 2015, the number of people diagnosed with cancer is projected to increase by 50 percent from 1999 figures.
- 45 percent of men and 40 percent of women in Ontario will face cancer in their lifetime.

Our Corporate Strategy is designed to guide us in actively managing these challenges. It was created as a call to action for Cancer Care Ontario working together with our partners to ensure the sustainability of health systems in Ontario.

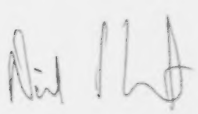
It encompasses five focus areas that take the lead in addressing Ontario's most critical health challenges. Together, they frame the next chapter in CCO's work in health. They are:

1. Patient-centred care – giving patients a strong voice in the design and delivery of their care and making them active participants. We have already made progress in this area through tools such as the Diagnostic Assessment Program – Electronic Pathway Solution, which streamlines and coordinates the cancer diagnostic process for patients, providing them with an integrated, single point of access for all information – including appointments.
2. Preventing the chronic diseases that account for approximately 55 percent of direct and indirect health costs. Chronic disease incidence is increasing and in a financially constrained environment, heading off these diseases before they can strike can help manage healthcare costs. To reduce the burden of chronic disease, we are taking a multi-pronged approach, including public health innovations like new approaches to help people eat a healthier diet and stop smoking.

3. Integrated care that will build an organized delivery system for healthcare that will improve the coordination of health services across the disconnected parts of our healthcare system. The patient journey often extends across multiple settings – primary care, hospitals, community based facilities, and home care – and during the transition from one to another the health system continues to experience challenges – such as in communication with patients and providers – that may adversely affect the patient experience and outcomes. Integrated care will replace fragmentation and care gaps to reduce duplication, efficiently use scarce resources, generate meaningful cost savings, improve patient care, and foster accountability.
4. Value for money to respond to the urgent need to make our healthcare system sustainable. CCO is taking the lead in this area with initiatives such as our Cancer Survivorship Program, which standardizes follow-up practices for different types of cancer to help ensure that the most appropriate care is delivered in the most appropriate setting to increase efficiency and value.
5. Knowledge sharing and support, which recognizes that we have a responsibility to share the intelligence, approaches, and expertise that flow from our investments in order to maximize the efficient use of resources, avoid duplication of efforts, control costs, and improve the overall health system.

At Cancer Care Ontario, we are inspired to make a difference. We have the right people and the right partners – aligned and committed to achieving our common objectives. With our new strategy, we have committed ourselves to the patient, persistent work of building the foundations for a healthier future.

We Are Ready.



Neil Stuart, Board Chair

Michael Sherar, PhD, President and CEO

About Cancer Care Ontario (CCO)

Cancer Care Ontario – an Ontario government agency – drives quality and continuous improvement in disease prevention and screening, the delivery of care and the patient experience, for cancer, chronic kidney disease, as well as access to care for key health services.

Known for its innovation and results-driven approaches, CCO leads multi-year system planning, contracts for services with hospitals and providers, develops and deploys information systems, establishes guidelines and standards, and tracks performance targets to ensure system-wide improvements in cancer, chronic kidney disease – through the Ontario Renal Network – and access to care.

CCO began life in April 1943 as the Ontario Cancer Treatment and Research Foundation. More than a half century later, in 1997, it was formally launched and funded as an Ontario government agency. CCO is governed by The Cancer Act and is accountable to the Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC). Details of this relationship with the MOHLTC are laid out in a formal Memorandum of Understanding (MOU) signed in December 2009.

As the government's cancer advisor, CCO:

- Directs and oversees more than $800 million in funding for hospitals and other cancer care providers, enabling them to deliver high-quality, timely cancer services and improved access to care.
- Implements provincial cancer prevention and screening programs.
- Works with cancer care professionals and organizations to develop and implement quality improvements and standards.
- Uses electronic information and technology to support health professionals and patient self-care, and to continually improve the safety, quality, efficiency, accessibility and accountability of Ontario's cancer services.
- Plans cancer services to meet current and future patient needs and works with healthcare providers in every Local Health Integration Network (LHIN) to continually improve cancer care for the people they serve.
- Conducts and rapidly transfers its own and external new research into improvements and innovations in clinical practice and cancer service delivery.

While CCO's public identity is tied directly to the fight against cancer, the organization also established and houses the Ontario Renal Network and the Ontario government's Access to Care program, which supports the Ontario government Wait Times Strategy.

ONTARIO RENAL NETWORK (ORN)

CCO, in partnership with the MOHLTC, established the Ontario Renal Network (ORN) in 2009 to lead a province-wide effort to better organize and manage the delivery of renal services for patients living with chronic kidney disease (CKD). The ORN is housed at CCO. It works through 26 regional CKD programs to improve the quality of kidney care across the province.

The ORN's goal is to improve CKD management by preventing or delaying the need for dialysis, broadening appropriate CKD patient-care options, and improving the quality of all stages of CKD care.

CCO oversees the ORN as it establishes leadership, governance and accountability structures to enable the implementation of a world-class system for delivering care to Ontarians living with CKD.

ACCESS TO CARE (ATC)

In 2004, Canada's First Ministers made a national commitment to reduce wait times for key healthcare services. In Ontario, this commitment resulted in the MOHLTC's Wait Time Strategy and its subsequent Emergency Room/Alternate Level of Care (ER/ALC) Strategy.

The success of these initiatives rested on information and technology capabilities that could collect and report accurate, reliable, and timely wait-time data. CCO was assigned to develop and deploy the Wait Time Information System (WTIS) to capture and report this data in near real-time. Subsequently it was given the task of implementing key parts of the ER/ALC Information Strategy.

As the service delivery agent for the Wait Times Strategy and ER/ALC Information Strategy, ATC enables improvements in the access, quality, and efficiency of healthcare services. It also helps to reduce wait times by implementing and using IM/IT solutions, and by tracking patients as they move across the continuum of care.

In addition, CCO manages special access programs, such as Positron Emission Tomography for uninsured indications. Activities such as these are mandated through separate accountability agreements between CCO and the MOHLTC.

The Ontario Cancer Plan (OCP)

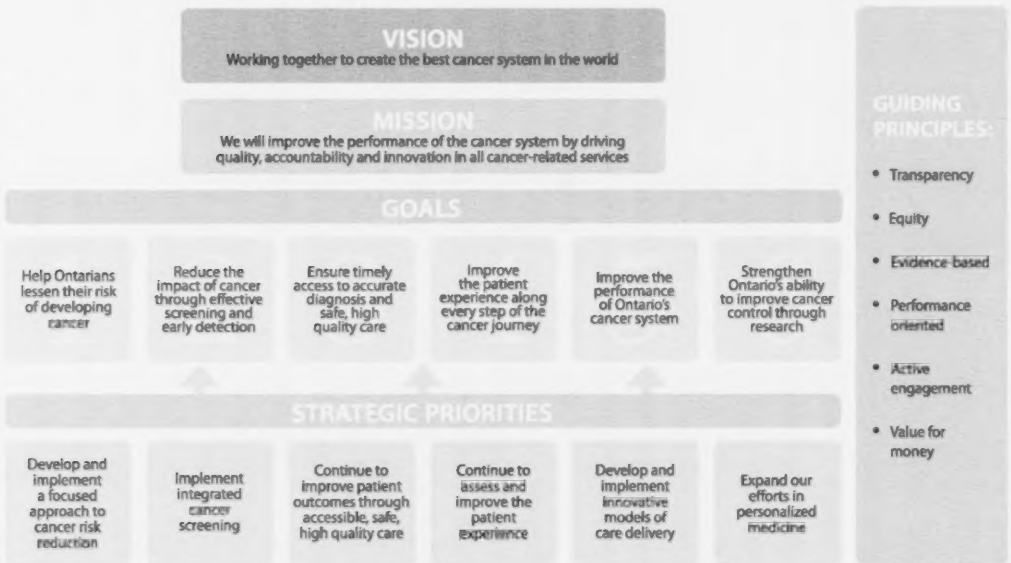
Since 2005, Cancer Care Ontario (CCO) has created multi-year Cancer Plans for the province. These Ontario Cancer Plans serve as cancer care roadmaps, charting the ways in which health professionals and organizations, cancer experts and the government will work with CCO to prevent and fight cancer, while improving the quality of care for current and future patients.

The first OCP covered the years 2005-2008 and focused on building system capacity. The second, covering the years 2008-2011, concentrated on reducing wait times, improving the quality of care, improving screening, diagnosis, and treatment, and further building capacity. In 2011, CCO launched its third Ontario Cancer Plan (OCP III), covering the years 2011-2015.

OCP III continues the transformation of cancer services across Ontario, including the development of new, patient-centred models of care delivery. The development of OCP III focused on measurable outcomes and consultation with patients. The patient experience is central to OCP III and recognizes that patients need:

- More control over their own care to improve satisfaction and outcomes.
- Access to tools that enable them to assess and communicate their symptoms effectively so those symptoms can be better managed by healthcare providers.
- Access to resources and information that meet all of their physical, emotional, and educational needs throughout the cancer journey.

OCP III is driven by a commitment to quality in prevention, screening, diagnosis, treatment, follow-up, and palliative care. It will pay off in delivering value for money, managing long-term cost growth, improving patient outcomes, and increasing patient satisfaction. CCO will monitor its progress against commitments in the OCP III and its impact on the cancer system.



2011-2012 Highlights and Achievements

Cancer Services

Prevention and Cancer Control (P&CC)

The P&CC integrated portfolio at CCO is comprised of six functional units that work together to ease the burden of cancer by reducing the number of people who develop the disease, and its impact on those who do, through effective screening and earlier detection.

The P&CC portfolio is largely organized by function:

- Research and Surveillance Units, which develop new knowledge and information that is translated into policies, plans, standards, guidelines and communications.
- Integrated Cancer Screening, which delivers programs to the community and identifies needs and opportunities that require research and surveillance support.
- The Aboriginal Cancer Control Unit and the Occupational Cancer Research Centre (OCRC), which focus on populations with specific needs.
- Policy, Planning, Knowledge Translation and Exchange (PPKTE), which houses the centre of practice for primary care.

CCO supports its priority of helping Ontarians reduce their risk of developing cancer through prevention strategies and actions based on strong evidence about the kinds of behaviours or exposures that increase or decrease the risk of developing cancer.

P&CC focuses on:

- Prevention
- Surveillance
- Research
- Occupational Cancer Research
- Integrated Cancer Screening
- Primary Care
- Aboriginal Cancer Control

PREVENTION

While much remains to be learned about the causes of cancer, we now know that people's lifestyles and the things they are exposed to can increase or decrease their risk of developing the disease. Key modifiable risk factors include tobacco use, alcohol consumption, physical inactivity and unhealthy eating. CCO engages in a number of prevention activities to support its priority of lowering Ontarians' risk of developing cancer.

Highlights

Tobacco Control

In 2011-2012, we:

- Continued our commitment to tobacco control.
- Contributed to Smoke-Free Ontario through involvement in the Cessation Task Force, and by contributing to the Hospital-Based Cessation Joint Capacity Building Projects group.
- Participated in McMaster Health Forum discussions on the expansion and uptake of hospital-based, tobacco-cessation supports across Ontario.
- Developed and reviewed an inventory of Regional Cancer Programs' (RCPs) smoking-cessation activities to create a regional smoking-cessation model.
- Launched a Smoking Cessation Steering Committee to provide strategic direction and guidance in the planning and operation of RCP-focused, integrated, smoking-cessation activities for 2012-2013.

Program Training and Consultation Centre (PTCC)

In 2011-2012, we:

- Provided regular consultation, training and knowledge development and exchange opportunities to Ontario public health intermediaries working in tobacco control.
- Made substantial progress developing and delivering training- and capacity-building programs for Ontario public health departments.

Chronic Disease Prevention Blueprint

In 2011-2012, we:

- Partnered with Public Health Ontario (PHO) to develop and release a report, Taking Action to Prevent Chronic Disease: Recommendations for a Healthier Ontario. It makes 22 recommendations for evidence-informed actions to guide a provincial strategy to:
  - Reduce population-level exposure to tobacco, alcohol, physical inactivity and unhealthy eating.
  - Build capacity in chronic-disease prevention.
  - Work towards health equity.

Risk Reduction

In 2011-2012, we:

- Completed literature reviews and developed algorithms that will help providers and the public better understand individual risk profiles and take steps to modify risk. These algorithms will be the basis for online risk-assessment tools CCO will develop.

Research

In 2011-2012, we:

- Launched several research programs in complex chronic disease and etiologic studies that underpin prevention efforts.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Focus on advancing action on the 22 recommendations in Taking Action to Prevent Chronic Disease: Recommendations for a Healthier Ontario and on continuing smoking cessation activities.

OCP III set the overarching goal of helping prevent cancer through a focused approach on cancer risk reduction and associated initiatives.

By 2015, we will:

- Publicly report performance measures for cancer-prevention initiatives.
- Provide primary care physicians with the tools they need to help patients modify their risks.
- Provide an online tool that will help Ontarians to calculate their cancer risk profile and links to local resources they can use to moderate their risk.
- Ensure that Regional Cancer Centres are models in implementing cancer risk-reduction initiatives.

SURVEILLANCE

Prevention and Cancer Control's Surveillance Unit monitors progress in cancer and cancer control, prepares evidence-based information on cancer, cancer risk factors and screening, and prepares and distributes relevant information to internal and external stakeholders. It does this by:

- Developing indicators for – and analyzing – risk factors, cancer burden, and screening evaluation.
- Developing special strategies to monitor risk factors, cancer burden and screening behaviours in specific groups, such as Aboriginal populations.
- Providing information, consultation and advice to other CCO units and outside stakeholders.
- Developing and sharing knowledge-exchange products and strategies.
- Conducting related research.

In 2011-2012, we:

- Played a large role in planning and preparing Taking Action to Prevent Chronic Disease: Recommendations for a Healthier Ontario recommendations, and associated technical report, providing content, data and explanatory text on evidence linking important risk factors and cancer, the burden of cancer in Ontario, the need for comprehensive measurement and recommendations for population-level action on physical activity and alcohol.
- In the expansion of the Ontario Breast Screening Program (OBSP) to include women aged 30 - 69 at high risk for breast cancer, the Surveillance Unit staff worked with:
  - Scientific and clinical leads to develop indicators.
  - Program staff to develop reporting formats and to identify and address data quality issues, to facilitate evaluation of the program expansion.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Continue our series of Cancer in Ontario publications with a report on cancer risk factors.
- Enhance our surveillance of specific populations, focus on the increased production and dissemination of surveillance information and products, and on program evaluation for Integrated Cancer Screening. Knowing who gets what kind of cancer by age group, what survival looks like, whether mortality is rising or falling, whether there are more people living with cancer, and who is, or is not, getting screened for cervical, breast or colorectal cancer assists Ontario and CCO in planning, funding and evaluating our cancer services.

RESEARCH

The Research Unit's goals are to:

- Increase knowledge of the distribution and causes of cancer and the determinants of cancer causes, and explore issues, such as the willingness to change, that are relevant to interventions designed to reduce cancer risk.
- Link the generation of new knowledge with policy and practice to strengthen and expand the Research Centre of Excellence within P&CC.

Research – through the Clinical and Translational group – also provides funding to researchers across the province in four important areas: cancer imaging, health services, population studies and experimental therapeutics. Funding is provided to CCO Research Chairs, Networks and Applied Cancer Research Units (ACRU).

Highlights

In 2011-2012, we:

- Continued our involvement in the International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP), which strives to understand how and why cancer survival rates vary between Australia, Canada, Demark, Norway, Sweden and the U.K. participants.
- Awarded the first ACRU grants in July. The $2.5 million annual budget of the current 19 CCO Research Chairs leveraged $21 million in grant funding as a result of the Chair Award, protecting valuable research time.
- Increased our capacity to conduct geospatial analyses and support public health.
- Began developing an online cancer risk assessment tool for all Ontarians.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Conduct research to increase the understanding of preventable risk factors and their determinants.
- Develop and test population-based interventions in prevention and screening.
- Strengthen the provincial/national network of collaborating researchers.
- Undertake Modules 3 (beliefs, behaviours, and systems in Primary Care) and 4 (root cause of diagnosis and treatment delays) of the ICBP.

OCCUPATIONAL CANCER RESEARCH CENTRE (OCRC)

Occupational cancer is caused wholly or in part by exposure to a carcinogen in the workplace. The Occupational Cancer Research Centre (OCRC) was established to fill knowledge gaps around occupation-related cancers and to translate these findings into preventive programs to control workplace carcinogenic exposures and improve the health of workers.

The OCRC is jointly funded by CCO, the Workplace Safety and Insurance Board, and the Canadian Cancer Society, Ontario Division and was developed with the United Steelworkers. The OCRC is managed by, accountable through, and housed at CCO. In addition, the OCRC has a province-wide network of collaborators, including scientists and researchers from other organizations, doctoral student trainees, interns and visiting and adjunct scientists.

Highlights

In 2011-2012:

- Dr. Paul Demers was appointed permanent Director of the OCRC. Dr. Demers is a former Director of the University of British Columbia's School of Environmental Health and Scientific Director of CAREX Canada, a multidisciplinary team of researchers based at UBC.
- Seventeen new or ongoing projects were in operation across all areas – surveillance, causes and interventions – of the OCRC's research agenda. Twelve of these are core-funded, ongoing projects and five are new projects funded through specific grants.
- The OCRC also held two large public events – the annual signature event, which focused on assessing the burden of workplace cancer, and a symposium on the health impacts of shiftwork, which was co-sponsored by the Institute for Work and Health.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Continue to expand our research program, build capacity in occupational cancer research, and exchange knowledge with a diverse stakeholder community. New initiatives will include:
  - Assessing the human and economic costs of occupational cancer in Ontario and the rest of Canada.
  - Conducting surveillance of occupational cancer by linking 1991 Census data with national tumour registry data.

- Staging several public events, including a workshop on the classification of carcinogens and a symposium on interventions to mitigate the adverse effects of shiftwork.
- Participating in collaborative research projects with scientists from across Canada, the U.S., the U.K., France and Finland.

These studies – in addition to increasing our understanding of the causes of workplace cancer – will provide the data needed to make evidence-based decisions on the regulation of workplace carcinogens, and support voluntary efforts by employers to reduce or eliminate employee exposure.

INTEGRATED CANCER SCREENING

Cancer screening to improve early detection saves lives. In 2007, Ontario committed to increasing early detection and facilitating the effective treatment of cancer with a focus on improving screening rates for colorectal, breast and cervical cancers. To accomplish this, CCO developed an Integrated Cancer Screening (ICS) strategy in partnership with the MOHLTC, and focused on:

- Increasing patient participation in screening.
- Improving primary-care provider performance in screening.
- Establishing a high-quality integrated screening system and information management and technology infrastructure.

Breast cancer is the most frequently diagnosed cancer in Ontario women; 80 percent of breast cancers are found in women aged 50 and older. Over the next few years, the number of Ontarians diagnosed with cancer will increase due to population growth and aging. It is expected that through 2015 there will be:

- 50,000 more women annually eligible for breast screening.
- 62,000 more women annually eligible for cervical screening.
- 119,000 men and women eligible for colorectal cancer screening.

The ICS program links breast, colorectal and cervical cancer screening at the regional and service-delivery level through primary care, specialist and regional stakeholder engagement. This integration is designed to support patients, providers and health-system planners in improving the quality and uptake of screening and increasing follow-up of abnormal screens, to reduce mortality.

Highlights

In 2011-2012, CCO and the MOHLTC focused on:

- Designing and developing the ICS program.
- Increasing participation.
- Building regional capacity.
- Engaging primary care providers.

To do this, we:

- Expanded the Ontario Breast Screening Program to include women at high risk for breast cancer.
- Established ICS capacity in each of the Regional Cancer Programs.
- Strengthened clinical and scientific leadership in all three screening areas.
- Developed cervical screening and Fecal Immunochemical Test (FIT) guidelines through our Program in Evidence-Based Care.
- Engaged providers in the planning, delivery and evaluation of screening programs.
- Enhanced performance measurement and customized colorectal screening activity reports for primary care providers.
- Funded:
  - Two mobile coaches to support under/never screened initiatives in Thunder Bay and Hamilton.
  - Six initiatives focused on improving screening participation in under/never screened populations.
- Expanded and enhanced IM/IT systems including InScreen™ to integrate breast, colorectal and cervical cancer screening; added new capability to improve population segmentation, participant outreach and reporting.
- Enhanced cancer screening performance reporting.

COLONCANCERCHECK

While colorectal, or colon, cancer is the third most common cancer in Ontario, there is a 90 percent chance it can be treated and cured if it is detected in time.

ColonCancerCheck (CCC), instrumental in early detection, is an organized, population-based screening program that CCO and the MOHLTC established in 2008 to reduce colorectal cancer mortality.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Corresponded with individuals to increase screening participation and engaged providers and the public in colorectal cancer screening.

To do this we:

- Invited newly eligible Ontarians to participate, notified participants of their screening results and distributed screening recalls and reminders Ontario-wide. In total, CCC sent out almost 1 million letters.
- Contracted with 63 hospitals, allocating funding for more than 16,000 additional colonoscopies.
- Contracted with 31 out-of-hospital facilities to provide data on colonoscopies.
- Continued Registered Nurse (RN) performed flexible sigmoidoscopies as a formal pilot project – a first for any Canadian province. The pilot project successfully demonstrated that RN flexible sigmoidoscopy increases the capacity for colorectal cancer screening for people at average risk. More than 5,000 screening procedures were performed since the pilot began. To year-end, 11 hospitals, 27 nurses and 30 physicians were participating.
- Spearheaded public awareness campaigns, such as the "Take Your Shot at Colorectal Cancer" campaign adopted by several Ontario Hockey League teams.

Funded colonoscopy volumes:

- 2009-2010 = 11,830.
- 2010-2011 = 14,008.
- 2011-2012 = 16,065.

ONTARIO BREAST SCREENING PROGRAM

Breast cancer is the most frequently diagnosed cancer in Ontario women and is second only to lung cancer as a cause of cancer deaths. Early detection through organized breast cancer screening combined with effective treatment currently is the best approach available to reduce the number of deaths.

The Ontario Breast Screening Program (OBSP) was introduced by the MOHLTC in 1990 and is operated by CCO. Its goal is to reduce mortality from breast cancer through high-quality screening. Studies show that regular screening detects cancers earlier when they are small and less likely to have spread, resulting in increased chance of survival, less invasive treatments and ultimately, improved health outcomes for women. Although the breast cancer incidence rate in Ontario remained stable from 1990 to 2007, mortality dropped by 35 percent for women aged 50-69 during this period. This decrease is attributed both to improved breast cancer treatments and to increased participation in breast cancer screening.

The percentage of women screened for breast cancer is approaching the provincial target of 70 percent. An increasing proportion of women are being screened through the OBSP.

Highlights

This past year, CCO focused on two key areas: funding breast screening and follow-up testing, and increasing participation.

In 2011-2012, we:

- Enhanced OBSP to include the annual screening with MRI and mammography for women at high risk. This initiative included a public awareness campaign to increase breast screening awareness among the public and provider communities. Under this program, women at high risk will – in addition to annual screening – be notified of their results, and receive follow-up breast assessment services after abnormal screens, and automatic recalls when they are due to be re-screened.
  - Breast screening MRI for women at high risk now is provided at 19 sites across Ontario.
  - Genetic counselling now is provided at 23 clinics across the province.
  - Genetic testing services now are provided at seven sites across the province.

- Developed quality standards for MRI and breast ultrasound.
- Updated OBSP services based on the latest evidence-based recommendations.
- Brought the OBSP to rural communities through the North West Mobile Coach project, which visits nearly 30 communities throughout Northwestern Ontario and allows eligible women to call a toll-free number to book an appointment in a nearby community.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Continue to implement our ICS program, encompassing colorectal, cervical and breast cancer screening. ICS is a shared CCO provincial office/Regional Cancer Program and MOHLTC initiative. The numbers of participating sites and screening participants are expected to climb as ICS becomes the single source of quality assured screening for breast, colorectal and cervical cancers. We plan to place renewed emphasis on public and provider engagement and the enhancement of quality assurance and performance measurement at the provincial, regional and provider level.

PRIMARY CARE

Our success rests significantly on the effective integration of cancer care and primary care. The Primary Care & Cancer Engagement Strategy, led by the Primary Care Program, provides the framework for primary care engagement and focuses on improving the quality of patient care throughout the patient's cancer journey.

Under OCP III, provincial and regional clinical engagement is facilitated by the Provincial Primary Care and Cancer Network (PPCCN), a forum of 15 Regional Primary Care Leads (RPCLs). The RPCL ensures successful engagement and collaboration across diverse primary care contexts and teams.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Expanded the Primary Care Program's (PCP) mandate in response to the growing need to have primary care expertise and engagement include the entire cancer journey.
- Undertook Primary Care Alignment work to address current gaps and improve existing structures to enable the expanded PCP mandate.
- Developed a Primary Care Strategy which has three goals for primary care:
  - 1) Improve Outcomes
  - 2) Build Levers and Capacity, and
  - 3) Support Broader Health System Improvement.
- Provided – as a member of the Colorectal Cancer Screening Rates Working Group – recommendations to the Joint Steering Committee on a strategy to improve colorectal cancer screening rates.
- Developed a secure electronic ColonCancerCheck Screening Activity Report (SAR) to roll out in mid-2012.
- Engaged – through our RPCLs – family physicians and other primary care providers to improve Fecal Occult Blood Test (FOBT) screening rates.
- Continued our engagement with key stakeholders, including the Ontario Medical Association, the Ontario Chapter of the College of Family Physicians, the Canadian Institute for Health Information, OntarioMD, eHealth Ontario and Health Quality Ontario.
- Completed the primary care guidelines for referral for the suspicion of colorectal and lung cancer.
- Began development of referral guidelines for prostate cancer.
- Engaged family physician leaders in ICS expansion beyond CCC, through the development and review of clinical tools and communication materials for:
  - High-risk OBSP.
  - Non-primary care provider expansion in ICS.
  - Cervical cancer screening correspondence.
- Ran two, face-to-face, two-day meetings and multiple webinars with the PPCCN, as a platform for primary care clinical engagement in ICS and the cancer journey.

Looking Ahead

- The Primary Care and Cancer Engagement Strategy action plan initially focused on improving screening and detection rates in colorectal, cervical and breast cancer. It since has expanded to cover the entire cancer journey (which includes the Diagnostic Assessment Program, Disease Pathway Management, Palliative Care and Survivorship).

In 2012-2013, we will:

- Drive primary care engagement to improve outcomes in the ICS program, and the cancer journey.
- Build levers and capacity in:
  - Information Management/Technology.
  - Quality Improvement methodologies.
  - Regional capacity.
  - Partnership and integration.
- Support broader health-system improvement.

ABORIGINAL CANCER CONTROL UNIT

Cancer rates among First Nation, Inuit, and Métis (FNIM) are increasing disproportionately in comparison with overall Canadian cancer rates. FNIM have higher mortality rates from preventable cancers and tend to present with later-stage cancers at the time of diagnosis. These facts underscore the need to improve Aboriginal screening and prevention strategies.

As part of the 2004 Aboriginal Cancer Strategy, CCO has worked hard to strengthen its relationship with Ontario FNIM through engagement and the development of collaborative communication networks with all FNIM groups, including off-reserve Aboriginal organizations. These networks help CCO effectively support FNIM screening and prevention efforts.

Highlights

Understanding FNIM governance, programming infrastructures, and internal sub-networks is key to CCO effectively leveraging existing capacity and increasing cancer screening awareness. Accordingly, CCO has built direct-engagement relationships with Ontario FNIM to set the foundation for implementing screening and other cancer control initiatives.

The Aboriginal Cancer Prevention Team ran train-the-trainer education workshops under the banner of 'Let's take a stand against…Colorectal Cancer', in 37 locations, including several First Nation communities. More than 100 health-service providers participated. In addition, the team assisted the First Nation communities of Garden River, Six Nations and Beausoleil to host the Giant Colon exhibit at their respective health fairs.

The Aboriginal Tobacco Program took the existing Play, Live, Be Tobacco-Free Toolkit and adapted it for a First Nation audience, with the goal of encouraging First Nation sport and recreation teams/organizations to become tobacco-wise.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Strengthen CCO's relationship with FNIM communities, encouraging them to participate in cancer control and screening by implementing the new Aboriginal Cancer Strategy II (ACSII). ACSII is an initiative under Strategic Priority I of OCP III. It is the foundation for focused collaboration between CCO and FNIM communities to prevent, screen, diagnose and treat cancer.

This strategy will focus on:

- Building productive relationships within and between CCO, the regions, and FNIM.
- Encouraging FNIM to be tobacco-wise, which includes tobacco cessation, prevention and protection.
- Co-developing shared approaches to organized ICS for FNIM populations that Regional Cancer Centres and other partners will help implement.
- Support the provincial Palliative Care Strategy to address FNIM needs.
- Continue research and surveillance work on FNIM cancer incidence and screening needs to address the rising burden of cancer in FNIM populations.
- Encourage knowledge transfer and exchange to increase FNIM cancer education and awareness, and to inform programming decisions. Cancer is not currently on FNIM radar as an issue that need to be addressed in their communities. The fear still associated with the disease means there is a need for education and raised awareness of cancer within FNIM.

In the past year, CCO aligned its programs with government priorities, focusing on raising screening rates in never-screened and under-screened Aboriginal populations and supporting the province's Smoke-Free Ontario Strategy through its Aboriginal Tobacco Program. The program was created, with input from Aboriginal youth and guidance from community Elders, to create tobacco-wise media messages with, and for, Aboriginal youth.

Diagnosis

DIAGNOSTIC ASSESSMENT PROGRAMS

For many patients, the period from when cancer is suspected to when it is diagnosed or ruled out, is marked by anxiety, confusion and stress. This period often requires numerous diagnostic tests, consultations, handoffs and appointments, and is compounded by a lack of information and patient support.

To improve the diagnostic phase of the cancer journey, CCO supported the development and implementation of Diagnostic Assessment Programs (DAPs) throughout Ontario. These programs significantly improve the patient experience during the diagnostic process for individuals with suspected cancer.

They are composed of multidisciplinary healthcare teams that manage and coordinate a patient's diagnostic care from testing to a definitive diagnosis, which leads to improved access to care.

DAPs also provide the necessary support and information about cancer to patients and their families. Through DAPs, CCO is helping improve coordination of care, decrease wait times, improve the patient experience and, where possible, minimize disease progression.

Most healthcare providers track patients' diagnostic journeys manually on paper because they lack a centralized tracking system. This makes sharing patient information among providers highly challenging. To address this, CCO, in partnership with the Canadian Cancer Society (CCS) and Canada Health Infoway (CHI), designed the Diagnostic Assessment Program-Electronic Pathway Solution (DAP-EPS), an innovative, web-based tool that provides DAP staff, healthcare providers, and patients with personal information, resources and support throughout the patient's diagnostic journey.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Implemented a lung DAP at each of the 13 Regional Cancer Programs (RCP) and a colorectal DAP at eight RCPs.
- Conducted a province-wide survey of patients to capture their experience with the DAP.
- Completed the Diagnostic Wait Times Project, which describes the new Diagnostic Wait Times Measurement Framework and defines various key time points. Its findings informed the development and launch of the Diagnostic Data Upload Tool (DDUT), which allows DAPs to report their diagnostic wait times data and helps CCO better understand the diagnostic phase of the cancer journey. This supports the development of targets and priorities for wait times in the diagnostic phase.
- Ran a Patient Navigation Pilot Project. Patients in the diagnostic assessment process of the cancer journey often report feelings of anxiety, worry or concern. CCO's pilot project, in which nurse navigators – registered nurses working in the oncology setting – acted as a single point of contact for patients and their families from diagnosis through the completion of treatment, showed great success. In the pilot, 84 percent of patients suffering anxiety, worries, or concerns said the nurse navigator 'always helped' ease those feelings during the diagnostic assessment process. The MOHLTC Nursing Secretariat recognized the value of patient navigation in the diagnostic phase and provided new base funding for 14 Nursing full-time equivalents.
- Launched the DAP-EPS pilot for lung and colorectal DAPs at Regional Cancer Care Northwest and the Waterloo Wellington Regional Cancer Program. The DAP-EPS tool has two websites – one for patients and one for healthcare providers. Both offer secure online access to important diagnostic information, helpful resources and support. Phase 1 of the DAP-EPS focused on developing and piloting core architecture and product functionality.
- Launched Phase 2 of the DAP-EPS pilot in January 2012. It focuses on product enhancements based on pilot-phase user feedback. In future, the tool will enable integration provincially with the Ontario Laboratory Information Systems and e-Referral and will be implemented at four additional Regional Cancer Programs. The Canadian Cancer Society and Canada Health Infoway are providing funding for Phase 2.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Work with all regions to ensure they have implemented colorectal DAPs and to develop prostate DAPs. Through the Diagnostic Wait Times Project, the DAP identified and will use 'Wait Time from Referral (to DAP) to Diagnosis/Rule Out' as the priority indicator for all lung DAPs in Ontario, beginning in 2012-2013.

- Complete phase 2 of DAP-EPS. It includes:
  - Streamlining the e-Referral process from and to DAPs.
  - Providing patients, their caregivers and providers with access to test results.
  - Improving functionality within the DAP-EPS, with a particular emphasis on the patient experience.
  - Implementing DAP-EPS in four additional RCPs.

STAGE CAPTURE/PATHOLOGY

The Stage Capture and Pathology Reporting project is a multi-year provincial initiative to improve the quality and completeness of cancer stage and pathology reporting data through the use of nationally endorsed data and reporting standards.

This will improve the cancer system and enhance the quality of patient care by providing new information to providers, researchers and other decision-makers on cancer stage and pathology for all Ontario cancer patients.

Stage Capture Project

Staging classifies cancer cases according to the extent to which the disease has spread. Cancer stage is an important predictor of survival, and cancer treatment is determined primarily by staging. The goal of the Stage Capture Project is to develop data-collection processes and tools that enable timely access to accurate, complete, and comparable cancer stage data for all Ontario adult cancer patients.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Completed the Stage Capture Project and put into operation a provincial Collaborative Staging data-collection system and support infrastructure. Beginning with the 2010 diagnosis year, data for the four most common cancers – breast, colorectal, lung and prostate – was staged using new methodology that relied on the data-collection system to automate stage data capture from electronic, synoptic (standardized) cancer pathology reports. The result: population-based stage data now is available for all breast, colorectal, lung and prostate cancers diagnosed since 2007. During the year we also expanded data collection to include gynecological sites and melanoma of the skin for the 2010 diagnosis year.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Further expand data collection to include an additional subset of disease sites for the 2011 diagnosis year.

Pathology Reporting Project

Pathology reporting is critical in the diagnosis and treatment of cancer. It is used to determine the appropriate treatment(s) for a cancer patient. The aim of the Pathology Reporting Project is to make cancer pathology reports more complete and consistent by helping hospitals change to a standardized electronic format. The goal is to have all hospitals that electronically submit reports to Cancer Care Ontario use this new *Synoptic Cancer Pathology Reports in Discreet Data Field* format.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Completed the Pathology Reporting Project by shifting the focus from implementing synoptic tools to expanding synoptic reporting beyond the five most common cancer resections. The expanded reporting covers 63 types of cancer surgery and biopsies using the electronic College of American Pathologists Cancer Checklist (CAP eCC), a tool used to enhance and advance cancer reporting. At project close, 97 percent of all Ontario acute-care hospitals had implemented the new electronic format in reports to the Ontario Cancer Registry via the newly implemented ePath system. Of those hospitals, more than 90 percent of all cancer pathology resection reports for the mandated disease sites, were submitted in synoptic format and more than 90 percent of those submitted synoptic reports were complete to the CAP standard.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Continue to monitor compliance to synoptic reporting and completeness rates of synoptic cancer pathology reports submitted to the Ontario Cancer Registry through the new ePath system.
- Assist hospitals in implementing updates to new mandated releases of the CAP eCC.

Treatment

DISEASE PATHWAY MANAGEMENT

Disease Pathway Management (DPM) is an innovative approach to improving the quality of care, processes and the patient experience for specific cancers by mapping and examining the cancer journey. DPM uses a disease-specific approach, focusing on one type of cancer at a time, in recognition of the fact that the patient experience differs from one cancer to another.

DPM examines the performance of the entire health system across the cancer journey – from prevention to recovery and end-of-life care – and identifies any gaps and/or bottlenecks along the way using a multidisciplinary approach.

DPM serves as a catalyst for quality improvement by identifying issues, sharing data, facilitating action and developing indicators to measure the impact. DPM also develops and provides Disease Pathway Maps detailing evidence-based best practice for specific cancers.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Continued development of Disease Pathway Maps for colorectal cancers and for palliative and psychosocial care.
- Released the first publicly available Disease Pathway Map (the Lung Cancer Diagnosis Pathway) on the CCO website.
- Identified and validated six high-priority goals for the prostate cancer patient journey. These will be used as the basis for a provincial quality improvement strategy in prostate cancer.
- Funded 22 regional improvement projects to address priorities for action in colorectal and lung cancers.
- Funded a study on why there is provincial variation in concordance with clinical practice guidelines for lung cancer.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Publicly release more Disease Pathway Maps on the CCO website and develop interactive versions of these pathways.
- Develop patient-friendly pathway maps.
- Measure progress in colorectal, lung and prostate cancers.
- Begin work to set the quality improvement agenda for gynecological cancers, including ovarian, uterine and cervical cancers.

MODELS OF CARE

Ontario's growing and aging population is driving increasing demand for cancer services. This, coupled with a constrained economic environment, threatens the sustainability of our current models of care delivery. In light of this, it is imperative we receive even greater performance and value from every healthcare dollar we spend and optimize the use of health human resources.

In response, CCO has launched the Models of Care Initiative. The goal is to change how Ontario provides and pays for care, engages patients and reliably plans for the health human resources we will need in the future.

At its core, this initiative is informed by the need to implement new and innovative, best-practice, patient-centred, multidisciplinary, models of cancer care that address the challenges of Ontario's healthcare system.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Developed principles and priority domains for models of care work.
- Launched projects to implement best-practice, models of follow-up care:
  - Colorectal cancer 'well follow-up' care demonstration projects in three Regional Cancer Programs.
  - Breast cancer 'well follow-up' care implementation in all Regional Cancer Programs.
- Implemented education and mentorship programs in 10 Regional Cancer Programs to provide palliative-care training for primary care physicians and advance practice nurses.

- Continued support for advanced practice roles by moving the Clinical Specialist Radiation Therapist (CSRT) initiative into a three-year sustainability-building phase to integrate the CSRT role into Ontario's cancer care system.
- Worked with specialist oncology business groups, OMA and MOHLTC Negotiations and Accountability Management Division to develop a harmonized template for Provincial Oncology Alternate Funding Plans.
- Developed a principled and data-driven approach to determine the number of new oncologists needed and their allocation throughout the province to meet care needs.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Continue implementing best-practice models of care and assess the impact of new models on the cancer care system, patients and providers.
- Identify regulatory and other barriers to implementing new models of care and address funding enablers for new models of care delivery.
- Further refine processes for:
  - Identifying health human resources needs.
  - Aligning human resources planning to overall system planning.

MULTIDISCIPLINARY CANCER CONFERENCES

Multidisciplinary Cancer Conferences (MCCs) bring clinicians with various areas of expertise together in regularly scheduled meetings to discuss the diagnosis and treatment of individual cancer patients. Participants represent medical oncology, radiation oncology, surgical oncology, pathology, diagnostic radiology and nursing. Other healthcare providers involved in a patient's care – such as dieticians, rehabilitation specialists and pharmacists – may also attend.

MCCs ensure that all appropriate diagnostic tests, all suitable treatment options, and the most appropriate treatment recommendations are generated for each cancer patient discussed.

There is evidence that cases reviewed at MCCs are more likely to result in patients:

- Receiving evidence-based care.
- Having all their treatment options considered.
- Enjoying better outcomes.

MCCs function as a mechanism for peer review and quality assurance, fostering the development of a multidisciplinary culture and encouraging hospitals across regions to work together.

CCO provides tools to help hospital staff implement or improve MCCs.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Made gains with Ontario regional centres being compliant with 84 percent of the minimum MCC quality criteria, up from 78 percent in 2010-2011 and from 72 percent in 2009-2010. Each year, more than 20,000 patients are the focus of MCCs.
- Prepared for the regional introduction of more stringent quality and access criteria through improvement plans and the launch of a pilot at seven sites to evaluate provincial reporting of patient-related indicators.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Ensure more patients receive a MCC discussion.
- Ensure regions meet the more stringent quality and access criteria under which all hospitals treating more than 35 unique patients with any given cancer must ensure that appropriate patients have access to high quality MCC discussions.
- Use the findings of the seven-site pilot to collect patient-related indicators to develop a provincial plan for expansion.
- Facilitate the provincial network of MCC Coordinators to optimize practices and access across the province through the sharing of best practices and tools.

PATIENT EXPERIENCE

One of the strategies in Ontario Cancer Plan III, 2011-2015 is to continue to assess and improve the patient experience.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Modified the patient satisfaction survey, Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey (AOPSS), based on a recent review. This survey measures key patient experiences, including Emotional Support, Coordination and Continuity of Care, Respect for Patient Preferences, Physical Comfort, Information, Communication and Education, and Access to Care.
- Included patient experience indicators (select AOPSS measures) in Regional Scorecards.
- Reviewed and revised the terms of reference for the provincial Patient and Family Advisory Council under a Canadian Health Services Research Foundation Grant.
- Developed a strategy to measure patient-reported outcomes specific to cancer; initiated a pilot project to examine patient-reported outcomes specific to prostate cancer that measured bowel, bladder, and sexual function.
- Established Psychosocial Oncology clinical leads in each region to improve the patient experience by reducing patients' unmet physical, emotional, practical and spiritual needs.
- Established Patient Education clinical leads in each region to improve the availability and efficiency of best practice patient support and education services provided at Regional Cancer Centres.
- Improved access to quality psychosocial oncology and palliative care through strategies to measure these resources within Regional Cancer Programs.
- Developed Psychosocial Oncology and Palliative Care disease pathways in collaboration with the Disease Pathway Management Program. The goal is to create a pathway that details the evidence-based assessment and management recommended for Ontario patients regardless of their type of cancer.
- Increased symptom management through the development of symptom management guides on loss of appetite, mouth care and bowel care.
- Increased the number of specialized oncology nurses across the cancer system, to ensure safe, high-quality patient-centred care as close to home as possible.
- Began scoping a provincial service plan for palliative cancer care focused on ensuring timely and appropriate access to palliative cancer care services.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Develop/implement strategies to measure and monitor quality and access to Psychosocial Oncology resources.
- Implement the Psychosocial Oncology and Palliative Care disease pathways.
- Continue to improve symptom management by implementing symptom management guides' recommendations on loss of appetite, mouth care and bowel care; implement the pan-Canadian guide on fatigue.
- Increase the number of specialized oncology nurses and advanced practice nurses (Nurse Practitioners and Clinical Nurse Specialists) in the cancer system, to ensure safe, high-quality patient-centred care as close to home as possible.
- Expand the Patient and Family Advisory Council (PFAC) to include up to 28 LHIN members; potentially create PFACs for the Ontario Renal Network and Access to Care.
- Examine real-time measures to understand patient experiences at the point of care.
- Explore tools to measure patient experiences in other phases of the journey, such as screening, palliative care, survivorship.
- Implement additional patient-reported outcomes related to their quality of life.

CANCER SURGERY

Cancer Care Ontario's Surgical Oncology Program works to continually improve the quality and accessibility of cancer surgery across Ontario. CCO manages the Cancer Surgery Agreement (CSA) to enhance system accountability, meet short-term surgery volume requirements, and set the stage for longer-term improvements in the quality of cancer surgery and integration of the cancer system.

CCO is evaluating the impact of the new CSA methodology and its effect on funding, patient volumes and wait times. We have reviewed data from CSA hospitals for trends over time. Regional Vice Presidents, Surgical Leads and Regional Directors from CSA hospitals provided feedback on the impact of the new methodology on the adequacy of funding, on changes in volumes and on wait times. Results will inform further CSA program development.

Thoracic Cancer Surgery Standards

Thoracic cancer surgery is a high-complexity operation. There is a proven relationship between thoracic surgeries performed in a designated thoracic cancer surgery centre and improved patient outcomes. There are 15 thoracic surgery centres in Ontario.

In the past year, we finished consolidating thoracic cancer surgery in designated centres to optimize patient outcomes. As part of this process, since December 2010, all non-designated centres have stopped performing thoracic surgery and partnered with a designated centre for the care of their thoracic cancer surgery patients.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Met the provincial target of more than 90 percent of thoracic surgeries being performed in thoracic centres. This is an important milestone, since successful patient outcomes – such as lower mortality and decreased complications – are clearly linked to the number of surgeries performed (minimum volumes), and to the availability of specialized surgical training and hospital resources.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Measure proven, patient-focused, thoracic surgery indicators to address surgical decision-making by centre.

Hepato-Pancreatic-Biliary Cancer Surgery Standards

Hospitals that perform high volumes of pancreatic surgery have better patient outcomes. CCO released Hepato-Pancreatic-Biliary (HPB) Cancer Surgery Standards in 2006 and nine centres were designated to perform HPB surgery.

While access to care close to home is important for patients, it must be balanced by the need for high-quality and expert care available in designated centres.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Met our target of having more than 90 percent of HPB surgeries performed at a designated centre. Five hospitals continue to meet the volumes required to be an HPB designated centre. One hospital is very close to meeting the requirements. The percentage of liver and pancreatic cancer surgeries performed in designated HPB centres increased from 79 percent in 2008 to more than 90 percent in 2011.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Expand the patient indications for liver cancer surgery through implementation of the new guideline, *The Role of Liver Resection in Colorectal Cancer Metastases*, which will result in clinicians understanding that more colorectal cancer patients with metastasis are liver surgical candidates than ever before believed.

Cancer Surgery Wait Times

Surgical wait times are measured by tracking the time between when a decision is made to operate and when the surgery actually takes place. The Ontario government's Wait Time Strategy has set target wait times for different types of surgeries.

As a partner in the Wait Time Strategy, CCO is responsible for directing and managing funding for cancer surgeries. Each patient case is prioritized by the surgeon based on many factors, such as the type of cancer, patient complexity and disease progression.

Highlights

In 2011-2012, we:

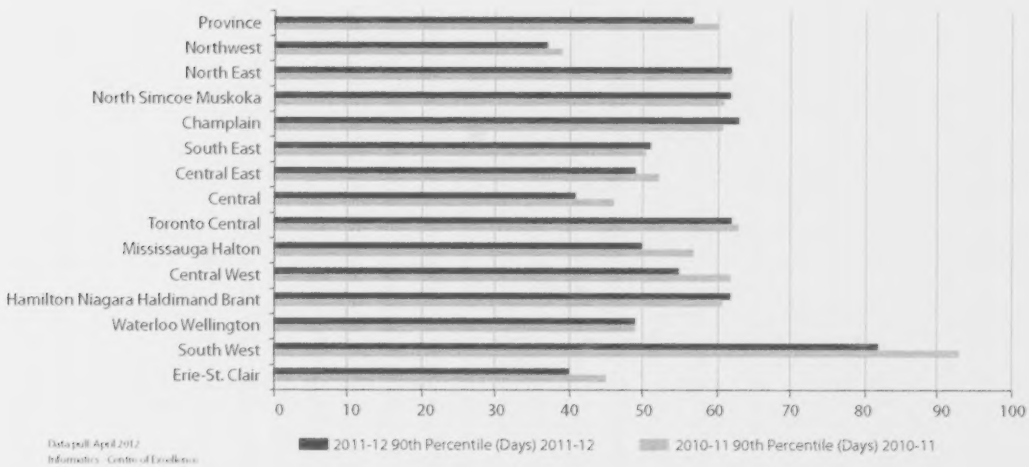
- Saw 79 percent of cancer surgeries completed within their target times. This is the result of continuous improvement over the past two years. There is variation between disease sites and between priority levels. Endocrine, prostate, and gynecological cancers have the lowest wait time performance for Priority 2 cases, at 32 percent, 47 percent, and 50 percent, respectively, completed within their targets. Breast and sarcoma, in contrast, have the highest performance for Priority 2 cases, with 65 percent and 93 percent, respectively, completed within their wait time targets.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

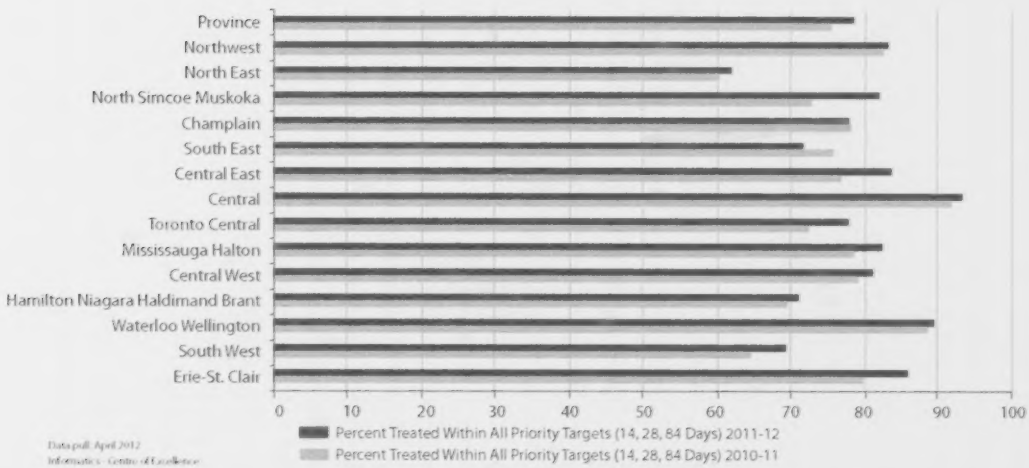
- Continue to work with Regional Cancer Programs and hospital partners to improve cancer surgery wait times.

Cancer Surgery Wait Time - Decision to Operate to Operation Date 90th Percentile (Days) - Fiscal 2010-11 vs. 2011-12



Data pull: April 2012
Informatics - Centre of Excellence

Cancer Surgery Wait Time - Decision to Operate to Operation Date - Percent Treated Within (14, 28, and 84 Days) - Fiscal 2010-11 vs. 2011-12



Data pull: April 2012
Informatics - Centre of Excellence

RADIATION TREATMENT

Radiation treatment uses ionizing radiation (x-rays, gamma rays and electrons) to destroy cancer cells. Ionizing radiation is targeted, affecting only the area treated and is often used in combination with surgery or chemotherapy.

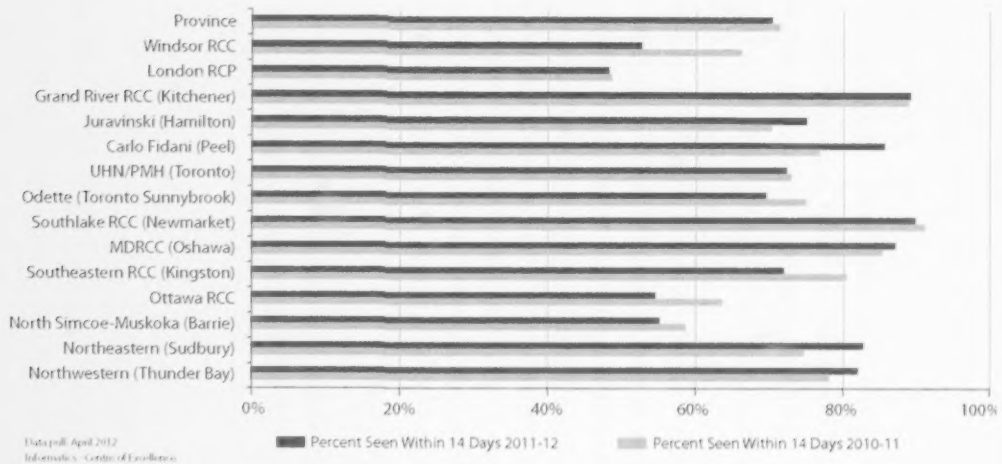
Improving Treatment Wait Times

CCO reports on how many patients are being treated within the recommended time targets for two intervals:

1. **Referral to Consult** – the time between referral and being seen by a radiation oncologist.
2. **Ready to Treat to Start of Treatment** – the time between the patient being ready for treatment and receiving treatment.

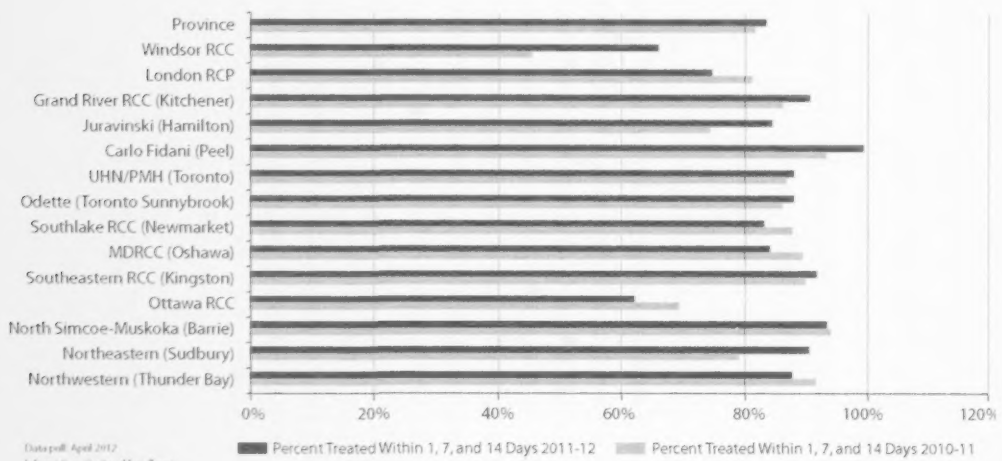
The target wait time for Referral to Consult is 14 days. Wait time targets for the Ready to Treat to Start of Treatment interval vary from one to 14 days depending on the patient's condition.

Radiation Referral to Consult Wait Time - Percent Seen Within 14 Days
Fiscal 2010-11 vs. 2011-12



Data pull: April 2012
Information - Centre of Excellence

Radiation Ready to Treat to Treatment Wait Time - Percent Treated Within 1, 7, and 14 Days
Fiscal 2010-11 vs. 2011-12



Data pull: April 2012
Information - Centre of Excellence

Highlights

In 2011-2012:

- The Referral to Consult interval (the number of patients being seen by a radiation oncologist within 14 days) remained largely unchanged between 2010-11 and 2011-12 despite a 6.1% increase in the numbers of new patients seen.
- The Ready to Treat to Start of Treatment interval improved by 2% from 81.7% of patients being treated within the 1, 7, 14 day targets in 2010-11 to 83.5% in 2011-12 despite a 6.4% increase in the numbers of patients receiving treatment and the rapid implementation of IMRT.

  These results in large part reflect the investments made by the province based on advice from CCO. Over the past five years, government investments in radiation infrastructure and equipment have increased the availability and access to cancer treatments across Ontario, including the opening of new cancer centres in Newmarket (Southlake), and Durham as well as facilities' expansions in Ottawa and Kingston and two new satellite centres in Ottawa and Sault Ste. Marie. These investments added 15 treatment units across Ontario between July 1, 2007 and March 31, 2012.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Open new cancer centres in the Niagara Region and Barrie to ensure patients can receive care closer to home and not have to travel to another cancer centre for treatment. The increased capacity also may help decrease wait times and improve the use of radiation treatment.
- Continue to model capacity requirements to 2020 to ensure we have the capacity to meet increased demand over the next eight years.

INTENSITY MODULATED RADIATION TREATMENT (IMRT)

Intensity Modulated Radiation Treatment (IMRT) is the current standard of care in radiation treatment – a precise method of delivering high-doses of radiation to a tumour while significantly reducing radiation to the surrounding healthy tissues. This increases local control, reduces treatment-related morbidity and increases cure rates and patient quality of life. IMRT is commonly used to treat patients with breast, prostate, head and neck cancers, brain tumours, sarcomas and paediatric cancers.

In 2009-2010, CCO broadened patient access with a province-wide approach to implementing IMRT. From 2008-2009 to 2010-2011, there were dramatic increases in the percentage of IMRT being delivered across the province. During that period, the provincial average for all radical IMRT courses (excluding breast) increased from 17.7 percent to 32.2 percent, respectively.

CCO now is monitoring the availability of IMRT by disease site to ensure patients who would benefit from IMRT receive it. CCO's Radiation Treatment Program continues to work on improving IMRT by fostering an environment of knowledge exchange, quality assurance and best-practice sharing among the cancer centres, targeted coaching initiatives and improved access to specialized courses and symposiums.

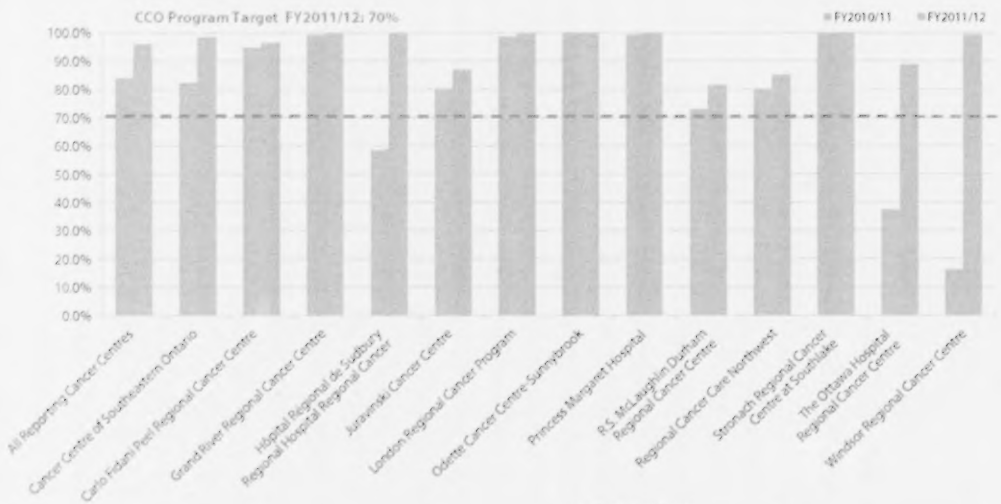
2011-2012 Highlights

In 2011-2012, we:

- Implemented disease-specific performance targets to inform the increased availability of IMRT in Ontario. These new indicators have strengthened CCO's ability to monitor the appropriateness of care.
- Enabled educational courses, symposiums and conferences for 936 multidisciplinary healthcare professionals, including radiation oncologists, radiation therapists and medical physicists from across the province.
- Used expert coaching teams from well-established programs to provide hands-on training, share best practices and expedite IMRT implementation. They helped guide 11 cancer centres in developing their programs.

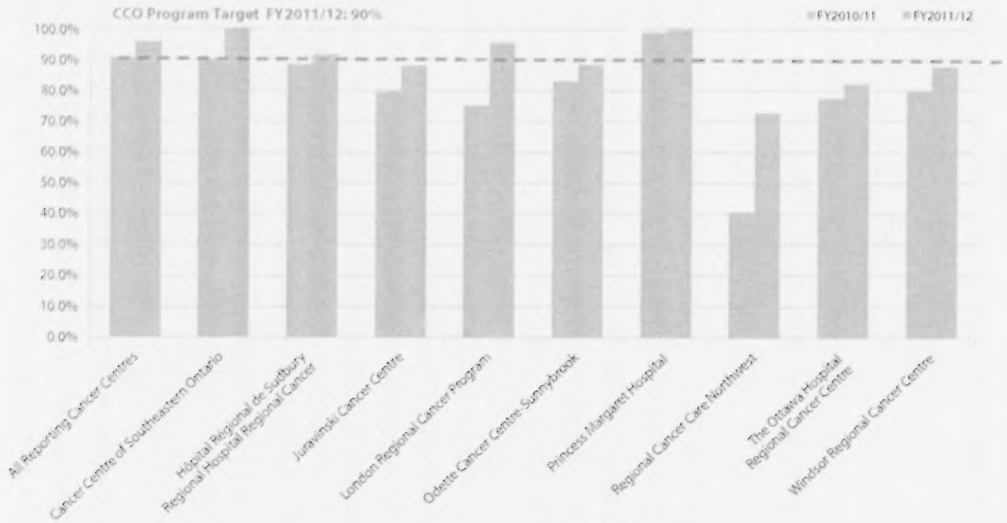
CCO reports on performance targets for six specific disease sites: prostate, breast, thyroid, head and neck, central nervous system and sarcoma. As the graphs indicate, at a provincial level, we are above target performance levels in breast, head and neck and prostate. The remaining three disease sites also have met or exceeded targets at a provincial level with the exception of sarcoma. CCO is working with the centres to reach the performance targets in 2012-2013 and minimize variation in the province.

Percent of radical courses delivered using IMRT for Prostate Cancer 2009, 2010, and 2011, by cancer centre



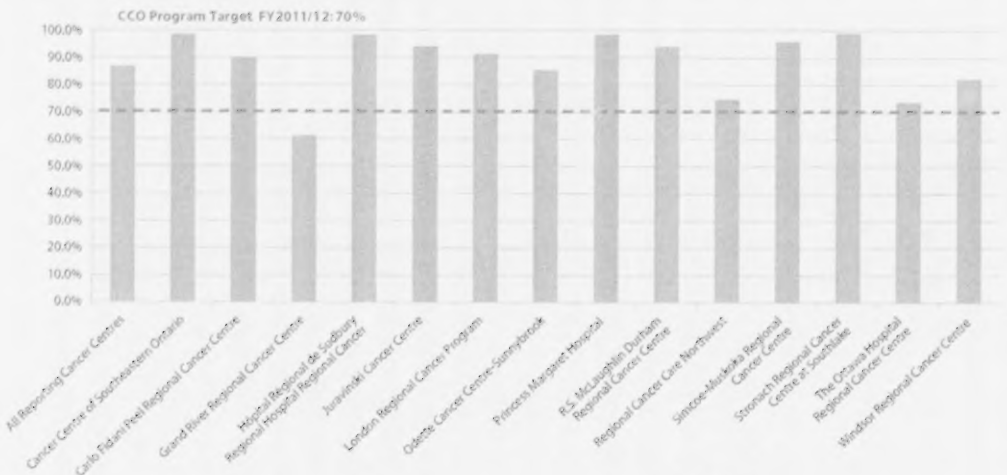
Report Date: May, 2012
Data Sources: Activity Level Reporting, Pathology Information Management System
Prepared by: Cancer Care Ontario, Cancer Informatics
Notes: One centre removed due to low volumes

Total Percent of Radical Courses Delivered Using IMRT for Head and Neck (FY2010/11, FY2011/12) by Cancer Centre



Report Date: May, 2012
Data Sources: Activity Level Reporting
Prepared by: Cancer Care Ontario, Cancer Informatics
Notes: 1. Carlo Fidani (Peel) and MDBCC (Oshawa) do not do head and neck radiation
2. Some centres removed due to low volumes

Percent of Radical Courses Delivered Using IMRT for Breast Cancer (July to December 2011) by Cancer Centre



Report Date: May, 2012
Data Sources: Activity Level Reporting
Prepared by: Cancer Care Ontario, Cancer Informatics
Notes: Cancer Centres have just started coding Breast IMRT as of April 2011

Looking Ahead

- CCO has already set disease specific performance targets for six disease sites used to track performance. Five of the six disease sites have hit their 2011-2012 targets. These initiatives have improved patient access to IMRT. CCO continues to monitor IMRT availability across Ontario.

CLINICAL SPECIALIST RADIATION THERAPIST (CSRT)

The increasing burden of cancer and human resource pressures are significant challenges impacting the delivery of timely, quality radiation therapy to patients across Ontario. To address these challenges, the MOHLTC funded a series of projects to investigate a new healthcare provider role – the Clinical Specialist Radiation Therapist (CSRT). In a demonstration project, the use of CSRTs improved access to services, reduced wait times and led to process improvements.

Consequently, the next phase of this initiative, the CSRT Sustainability Project, was approved with the goal of permanently integrating the CSRT role into Ontario's cancer care system by creating a model that would ensure standardized implementation of CSRT positions across Ontario.

The project will focus on six key elements related to the long-term sustainability of the CSRT role:

1. Extending agreements with each employment site for the original CSRTs. These agreements guide the ongoing relationship and oversee continued data collection.
2. Creating and overseeing an Integration Support Team to help integrate original and new CSRTs into cancer care teams.
3. Supporting the hiring of additional CSRTs and providing ongoing assistance to implement the positions and assess them.
4. Formalizing the CSRT role through ongoing data collection and work with relevant organizations.
5. Developing comprehensive models of care for radiation medicine which capture the CSRT contributions; considering new potential roles to maximize system efficiencies.
6. Conducting knowledge creation and dissemination initiatives, including employer surveys to contribute to labour market knowledge.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Saw seven CSRTs in three cancer centres help improve wait times and access to care for patients. They:
  - Identified potential efficiencies and improved effectiveness of care through innovation and enhanced services.
  - Contributed to the knowledge base of radiation therapy practice and the overall practice of radiation medicine by publishing manuscripts, making presentations and participating in research studies.
  - Issued selected proposals for the establishment of new CSRT positions.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Permanently integrate the CSRT role into Ontario's cancer care system.
- Expand the role to Regional Cancer Programs across the province.
- Work with the Canadian Association of Medical Radiation Technologists to formalize the CSRT role.

MEDICAL PHYSICS RESIDENCY PROGRAM

The Medical Physics Residency Program ensures that enough clinical physicists are available to provide high quality, timely and safe treatments for cancer patients using state-of-the-art imaging and radiation facilities. The quality of the program has been recognized in its accreditation by the Commission on Accreditation of Medical Physics Educational Programs (CAMPEP). Currently, approximately 70 percent of staff physicists working in Ontario's cancer centres received their training through the program.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Increased the number of Medical Physics Residency positions to ensure Ontario has a steady supply of Medical Physicists to meet demand.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Ensure we maximize the number of Medical Physics Residents that start the Ontario Clinical Physics Residency Program to ensure we can meet future demand in the province.

SYSTEMIC TREATMENT

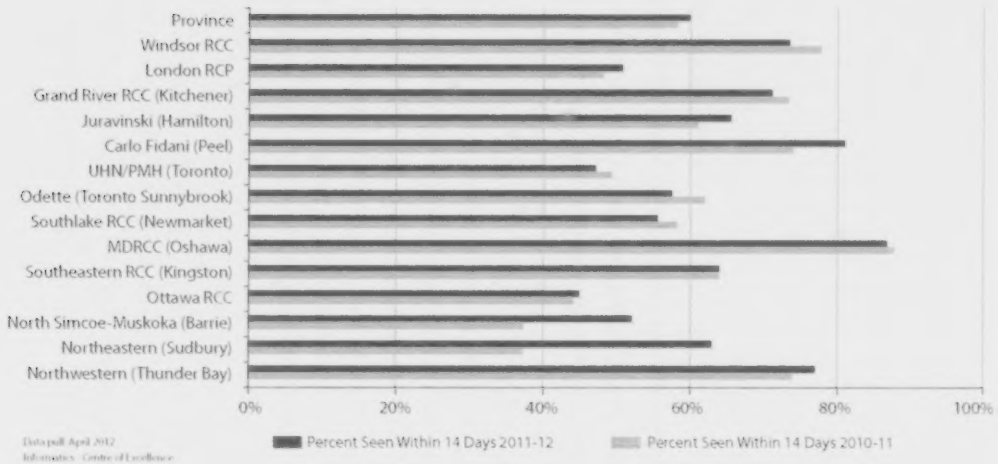
Systemic treatment – or chemotherapy – uses drugs to slow or stop cancer cells from multiplying or spreading. The sooner chemotherapy is given, the better the likely outcome for the patient.

Improving Treatment Wait Times

Wait times for systemic treatment have improved despite the increasing incidence and prevalence of cancer and the growing demand for cancer services. Systemic Treatment Wait Times are reported for two intervals:

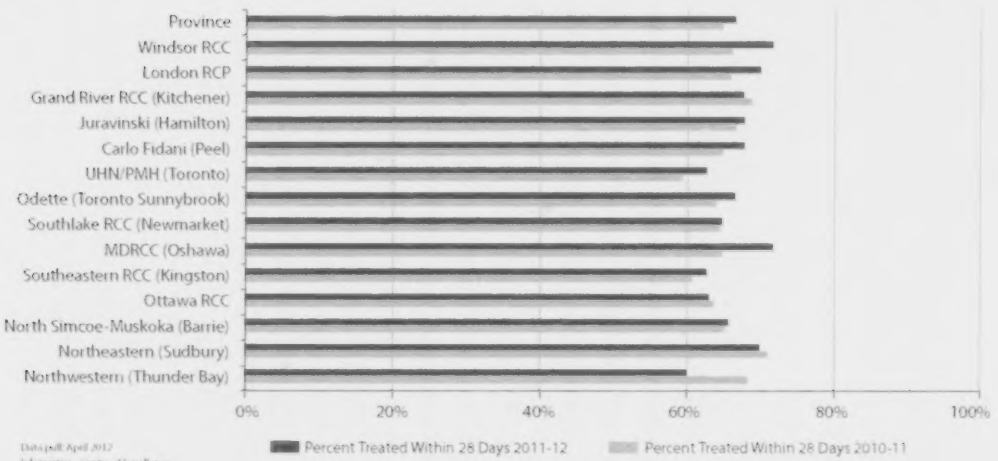
1. **Wait times by target for Referral to Consult** – The time between a referral to a specialist to the time that specialist consults with the patient. This target is 14 days.
2. **Wait times by target for Consult to Treatment** – The time between when a specialist consults with the patient and the time the patient receives his or her first chemotherapy treatment. This target is 28 days.

Systemic Referral to Consult Wait Time - Percent Seen Within 14 Days
Fiscal 2010-11 vs. 2011-12



Data pull: April 2012
Information: Centre of Excellence

Systemic Consult to Treatment Wait Time - Percent Treated Within 28 Days
Fiscal 2010-11 vs. 2011-12



Data pull: April 2012
Information: Centre of Excellence

Cases for 2011-2012 (after in-year reallocation):

Systemic New Cases:

- 48,984 (including 4,853 non-Regional Cancer Centre cases)

CCO is expanding and improving the use of Systemic Treatment Computerized Physician Order Entry (ST CPOE). CPOE is a critical tool in promoting patient safety because it minimizes errors in guidelines, enhances the understanding of complex drug regimens and limits the exposure of healthcare providers to cytotoxins. Supported by eHealth Ontario, the CPOE expansion project involved:

- Expanding OPIS, CCO's chemotherapy medication-ordering software, to 15 additional sites. (Expected completion, March 2013.)
- Supporting development of Best Practice Guidelines for ST CPOE systems.
- Enhancing CCO's Drug Formulary clinical information tool to improve access at the point of care.

Regional Systemic Treatment Program

The Regional Systemic Treatment Program (RSTP) is focused on ensuring the highest quality of systemic treatment is available to Ontarians, as close to home as possible. Through a collaborative combination of regional programs and partnerships, network building, best-practice sharing and the implementation of evidence-based guidelines, the RSTP has been able to set a number of evidence-based standards for the safe and effective delivery of systemic treatment. CCO's evaluation of the implementation of the RSTP Provincial Plan now is informing next steps in service delivery plans for other clinical programs. The RSTP also is developing a new, patient-based funding model to more equitably fund systemic treatment.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Increased to 96 percent the number of Ontario hospitals providing chemotherapy that had updated policies and procedures in place for the safe handling of the immunosuppressive drugs known as cytotoxics. This is up from 84 percent in 2010. Safe, high-quality care also requires appropriate training for registered nurses who deliver chemotherapy and biotherapy. By the second quarter of fiscal 2011-2012, 98 percent of nurses had received such formal training.
- Initiated a Patient and Provider Safety Collaborative. Under this, 20 inter-disciplinary teams collaborated on safety improvement projects across Ontario to improve the systemic treatment delivery process. They focused on:
  - Safe disposal.
  - Labelling.
  - Cleaning.
  - Improvements in education, documentation and process flow.
- Strengthened system planning to accommodate expected increases in treatment demand. CCO worked closely with provincial stakeholders to identify required health human resources such as medical oncologists.
- Provided incremental systemic treatment funding to community hospitals so they can expand capacity and deliver care close to home. CCO also is collecting wait-times information from community hospitals to support ongoing planning, monitoring, evaluation and improvement in systemic treatment delivery.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Continue to focus on safety with the introduction of new and updated guidelines for the safe handling and administration of systemic treatment. CCO is working with the Canadian Institute for Health Information (CIHI) to enhance the National System for Incident Reporting (NSIR) system to collect systemic treatment data and implement a communication and adoption strategy. Under this program:
  - Regional partners will implement measurable quality improvement initiatives at the local level.
  - The analysis and mapping of quality and access indicators will be more patient-focused.

PROVINCIAL DRUG REIMBURSMENT PROGRAMS

Three of Ontario's drug reimbursement programs are administered by CCO's Provincial Drug Reimbursement Programs unit. They include:

The Evidence Building Program

The Evidence Building Program (EBP) seeks to resolve uncertainty around clinical and cost-effectiveness data related to the expansion of cancer drug coverage within Ontario. The EBP complements and strengthens Ontario's New Drug Funding Program (NDFP) and the process by which drug-funding decisions are made in the province.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Began administering the new EBP for cancer drugs, which is designed to resolve uncertainty around clinical and cost-effectiveness data related to the expansion of cancer drug coverage in Ontario. The EBP was designed to complement and strengthen Ontario's NDFP for cancer drugs, and the process for making drug-funding decisions.
- Worked with the MOHLTC to develop the parameters of the new EBP and publish a draft policy on our website. Subsequently, CCO and the MOHLTC consulted with and collected feedback from more than 140 organizations and individuals.
- Published the final policy in late 2011. Under the policy, for a cancer drug to be included in the EBP, there must be evolving, but incomplete evidence of its benefits. This allows CCO to fund the drug on a time-limited basis to collect real-world data on its clinical and cost effectiveness. This data is then used by the MOHLTC to help inform a final change to existing funding criteria.
- Funded the first drug through the EBP – Herceptin, when it is used in conjunction with chemotherapy to treat breast tumours of less than or equal to one centimeter in women who are node negative and HER2 positive. As of March 13, 2012, 54 patients had accessed Herceptin funding through the EBP.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Fully implement the permanent program supporting the EBP.
- Put in place the necessary infrastructure to support Ontario's Disease Site Groups which will make funding proposals through the program.
- Explore relationships with external advisory groups and develop an evaluation framework for the first drug funded through the program.
- Support provincial Disease Site Groups in developing proposals for drug funding via the EBP.
- Assess how current existing PEBC treatment guidelines are; implement a process to ensure guidelines are kept up to date.
- Develop key performance indicators to evaluate and report on the program.
- Integrate the patient-request and claims-adjudication process with the NDFP web-based reimbursement and claims adjudication solution.
- Continue stakeholder engagement.

The Case-By-Case Review Program

The Case-by-Case Review Program (CBCRP) considers funding requests for cancer drugs (both oral therapies and injectable drugs) for patients who have a rare, immediately life threatening clinical circumstance (defined as: death is likely within a matter of months) and who require treatment with an unfunded drug, because there is no other satisfactory and funded treatment option.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Began administering Ontario's CBCRP on behalf of the MOHLTC. This program extends and adapts the MOHLTC's existing Compassionate Review Policy to therapies that will be administered in cancer centres and hospitals. As of March 13, 2012, the CBCRP had received 38 requests.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Continue to evaluate the policy criteria against the overall program intent.
- Work with the MOHLTC to explore additional ways of streamlining the application and adjudication processes.
- Assess the feasibility of integrating the patient request and claims adjudication process with the NDFP web-based reimbursement and claims adjudication solution.
- Develop key performance indicators to evaluate and report on the program to ensure:
  - Reviews are timely, efficient, consistent, and transparent.
  - Appropriate resources are in place to sustain operations.

The New Drug Funding Program

The New Drug Funding Program (NDFP) funds new, and often very expensive, cancer drugs that are supported by clinical guidelines and pharmacoeconomic evidence. The program was created in 1995 to ensure that Ontario patients have equal access to high-quality, hospital-injectable cancer drugs.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Reimbursed more than 25,000 patient cases with a total of 27 cancer drugs covering 67 indications at an approximate cost of $220 million.
- Approved six new cancer indications.
- Worked closely with interprovincial ministries of health and cancer agencies to implement a permanent pan-Canadian Oncology Drug Review (pCODR), as part of efforts to promote a national drug-review process and to leverage clinical and pharmacoeconomic expertise throughout Canada.
- Continued to support CCO's Disease Site Groups to address funding gaps resulting from new evidence or changes in standards of care.
- Began the development of a web-based reimbursement and claims adjudication solution which will interface with CCO's Systemic Treatment databases and improve efficiency of NDFP in implementing and administering funding policies, the adjudication of claims, and the reimbursement of hospitals. The solution also will improve the end-user experience by providing decision-support tools when chemotherapy is ordered.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Support enhancements to CCO's Computerized Physician Order Entry system by implementing an eHealth Ontario-funded upgrade to the NDFP interface and billing software.
- Implement supported recommendations from the new pan-Canadian Oncology Drug Review.
- Improve the Disease Site Group drug submission process.
- Implement a comprehensive reporting and evaluation framework across all of CCO's drug reimbursement programs to improve operational efficiencies.
- Work with CCO's Privacy and Access Office to revise and update privacy authorities for all reimbursement programs.
- Develop and implement an external audit process.
- Continue to improve program communications and the transparency of policies and processes.

CANCER IMAGING

The Cancer Imaging Program at CCO continues to develop and promote the safe and appropriate use of imaging in all phases of the cancer journey.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Had regional imaging leads take part in leadership development initiatives to enhance their ability to engage the radiology community on cancer imaging issues. Leads also built relationships with each other and shared information on regional activities and priorities.
- Sponsored the development of evidence-based clinical guidelines to determine the current applications of breast MRI in pre-op staging and in breast screening; identified best-practice standards for imaging in lung and colorectal cancer throughout the patient journey.
- Focused on access to interventional radiology procedures for oncology, obtaining standardized, self-reported data on wait times, demand, and capacity and subsequently developing recommendations. Identified longer wait times – but no obvious barrier to the access of Peripherally Inserted Central Catheter procedures – for portacaths and CT-guided lung biopsies.
- Conducted a readiness review of synoptic reporting in imaging to provide information from a clinical and technical perspective for the development of a provincial strategy for synoptic reporting.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Develop a strategy to deploy synoptic reporting provincially.
- Continue to develop, implement and evaluate appropriate imaging guidelines, for new priority disease sites as previous sites mature.
- Implement an action plan to reduce wait times for interventional radiology oncology procedures.

Positron Emission Tomography (PET) Program

The Cancer Imaging Program also is accountable for CCO's Evidence-Based Positron Emission Tomography (PET) Program. The PET Program manages the evidence-building component of provincial PET imaging, including the expert advisory group (PET Steering Committee), evidence review, and patient access to, and evaluation of, emerging PET indications to ensure appropriate access to PET scans in the province.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Recommended – and received MOHLTC approval for – the inclusion of esophageal cancer as an insured service.
- Established a paediatric PET sub-committee to represent the needs of paediatric patients.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Expand access to emerging indications for PET.
- Maintain our transparency on processes and decisions related to PET scanning.

MOLECULAR ONCOLOGY

Molecular Oncology – an area of personalized medicine – uses information about a person's genetic composition to predict cancer and its prognosis, and to diagnose, monitor, and select cancer treatments that most likely would benefit the individual patient.

Personalized medicine, which tailors medical treatments to the unique characteristics of each individual patient, will fundamentally change how cancer is diagnosed and treated. Personalized medicine relies on an understanding of how a person's unique molecular and genetic structure makes him or her susceptible to certain diseases. It also identifies which medical treatments would, therefore, be safe and effective and those that would not.

Since each person is unique, the nature of diseases – including their onset, their course, and how they respond to drugs or other interventions – is as individual as each person. Personalized medicine seeks to make the treatment as individualized as the person and the disease.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Worked on developing a horizon-scanning process to inform our advice on new test implementation, diagnostic prediction and targeted therapies as they relate to cancer. CCO uses this to respond to advice requests from the MOHLTC and is working with partners on the timely introduction of new tests.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Work with stakeholders and the MOHLTC to develop a governance structure and strategy for personalized medicine, as it relates to oncology, in line with the Ontario Cancer Plan 2011-2015 strategic priority on personalized medicine.

ONTARIO CANCER SYMPTOM MANAGEMENT COLLABORATIVE

The Ontario Cancer Symptom Management Collaborative (OCSMC) is focused on delivering an excellent patient experience across the cancer journey by improving the quality and consistency of a patient's physical and emotional symptom management and care planning.

The collaborative actively engages all Regional Cancer Programs in implementing standardized assessment and care management tools.

Patients self-report their symptoms using the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). The majority of patients do this electronically using the Interactive Symptom Assessment and Collection (ISAAC) tool allowing them to see their progress over time and to give clinicians an idea of how their patients are feeling from one visit to the next.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Saw the proportion of cancer patients routinely undergoing monthly symptom assessments at Regional Cancer Centres increase steadily from 30 percent in 2009 to 51 percent in 2011. In 2011-2012, approximately 112,500 patients self-reported their symptoms. At present, a total of 31 hospitals offer patients electronic assessment capabilities. This is an increase of seven hospitals.
- Undertook in all regions, knowledge transfer and exchange (KTE) activities to support the broad diffusion and application of the symptom management guides published in 2010. We evaluated the uptake and concordance with the guides by clinicians through chart audits and patient-satisfaction surveys. Survey results will be reported publicly in the Cancer System Quality Index; early evidence indicates that ESAS is a tool patients greatly value.
- Redeveloped ISAAC to provide the technical platform to add other patient-reported outcome measures beyond ESAS.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Continue measuring and reporting on symptom assessment and offer ISAAC to additional regional partners.
- Publish four new symptom management guides; regions will be expected to conduct related KTE and application evaluation activities.
- Begin implementing the new ISAAC tool and adding other patient-reported outcome measures.
- Continue to work with the Regional Cancer Centres to ensure all patients receive appropriate symptom management and a better patient experience across their cancer journey.

SURVIVORSHIP PROGRAM

The Survivorship Program contributes to OCP III's strategic priorities and when fully implemented its initiatives will make survivorship care more patient-centred, improve the patient experience, and deliver overall clinician and cancer system benefits.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Implemented models of colorectal cancer survivorship and follow-up care pilots in three Ontario Regions.
- Completed an evidence-based Colorectal Cancer Follow-Up Care Guideline in collaboration with the Program in Evidence-Based Care.
- Completed a Current State Assessment of survivorship and follow-up care practices in Ontario.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Assess the impact of the colorectal cancer survivorship and follow-up care pilots.
- Implement new models for breast cancer well follow-up care in all 14 Regions.
- Conduct knowledge and exchange activities to facilitate the distribution and adoption of guidelines and tools.
- Develop additional evidence-based consensus guidelines in conjunction with the Program in Evidence-Based Care.

SPECIALIZED SERVICES OVERSIGHT

One of the strategies of OCP III is to provide oversight (including planning and quality management) of specialized services, such as stem-cell transplantation and neuroendocrine, acute leukemia and sarcoma services.

Such services tend to be low-volume, high-complexity, high-cost, and offered in provincial centres of excellence, as opposed to every LHIN region. Though the nature of each program varies, a common approach is needed, including:

- Provincial coordination regarding clinical guidelines.
- Quality standards, data standards.
- System planning and the introduction of new techniques and technology.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Saw the Stem Cell Transplant oversight program focus on capacity management and planning for expected growth. The six transplant centres in Ontario – Toronto, Hamilton, London, Kingston, Ottawa and Sudbury – worked together to understand future demand, service availability and to improve referral patterns. Funding continues for stem cell transplants. We are now collecting and analyzing quality and access measures, including wait times, to ensure all Ontarians have equitable access to high-quality services.
- Developed – following pressures in the Greater Toronto Area – a plan to:
  - Ensure adequate access to – and capacity and sustainability for – acute leukemia services throughout the patient treatment journey.
  - Advance the quality and safety of acute leukemia services.

  Fully implemented, the plan would provide patients with access to care closer to home and reduce some of the need to travel outside their community for frequent outpatient visits and hospitalizations. Acute leukemia is a rapidly progressive disease requiring timely, intensive and complex treatment.
- Ontario is putting in place a structure for the use of radiopharmaceuticals for neuroendocrine tumours that aligns with recommendations from the Ontario Neuroendocrine Tumour Expert Panel that are supported by new evidence-based guidelines. During the year, centres submitted proposals that met defined service, safety and clinical criteria. The new service-delivery structure will coordinate multiple treatment sites through a provincial Multidisciplinary Cancer Conference (MCC) and Clinical Trials Agreements with Health Canada.
- Providing safe, high-quality sarcoma services requires a coordinated, multidisciplinary and specialized approach. Effective treatment of sarcoma depends on sophisticated investigation, treatment delivery and follow-up care at specialized centres. During the year, CCO initiated funding for specific care services in identified sarcoma centres. A communication strategy, which will include web-based resources and direct outreach to care providers, will be launched to connect patients and care-givers with the multidisciplinary sarcoma teams in Ontario.
- CCO is developing an application to enhance the capture and analysis of data to support the access, quality and funding goals of all specialty oversight programs. This system is being built to accommodate future growth in each program and additional programs as they are implemented.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Continue focusing on quality and access issues in the stem-cell transplant program through the development of additional clinical practice guidelines and analysis of access and quality indicators to identify areas for improvement. To ensure all Ontarians have access to appropriate transplant services, we will convene a provincial MCC.
- Implement a plan for leukemia services in the Greater Toronto Area. This work will be leveraged to provide a platform to expand the services across Ontario in the future.
- See newly established treatment sites begin delivering radionuclide therapy to patients with neuroendocrine tumours. We will establish a provincial MCC to assist with treatment decisions, and put Clinical Trials Agreements in place to help ensure the best possible care for patients and a sustainable regulatory framework going forward. Additionally, we will begin provincial data collection to inform program developments in future years.
- Enhance the sarcoma program by developing provincial criteria for sarcoma centres and appropriate program expansion.

Infrastructure

CAPITAL PROJECTS

One of Cancer Care Ontario's primary responsibilities is coordinating capital investments to build and equip cancer diagnosis and treatment facilities. This includes everything from the building of new cancer centres to implementing the Radiation Treatment and Related Equipment Replacement Strategy, which is designed to ensure that Ontario patients benefit from infrastructure that meets the needs and quality of care standards.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Continued the development/expansion of major cancer treatment facilities: North Simcoe Muskoka Regional Cancer Centre in Barrie, expansion of the Cancer Centre of Southeastern Ontario in Kingston and ongoing construction of the Walker Family Cancer Centre at the Niagara Health System in St. Catharines, an integrated program of the Juravinski Cancer Centre in Hamilton.
- Developed a Capital Investment Strategy for Radiation Treatment Services.
- Managed the annual radiation equipment replacement fund totaling $29.5 million to ensure equitable access to quality tools for the delivery of radiation treatment across the province. This $29.5 million was allocated to nine Regional Cancer Centres to upgrade radiation equipment with more advanced units.
- Established Vendor of Record arrangements for CT Simulators and Treatment Planning Systems completing the provincial procurement arrangements for radiation capital equipment to ensure competitive pricing.
- Opened the cancer centre in Sault Ste. Marie with completion of the new Sault Area Hospital.
- Delivered radiation treatment units to the Niagara site. Installation and commissioning is underway.
- Completed technology review reports for recently introduced new technologies, including CyberKnife units in Ottawa and Hamilton, and a Magnetic Resonance Simulator in London.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Implement the Capital Investment Strategy, including stakeholder engagement, revised approaches to Radiation Replacement Grant funding deployment and prioritization of capital investments.
- Secure funding for additional radiation treatment equipment in Durham, Grand River and Newmarket.
- Monitor and assess the introduction of new radiation treatment and simulation technologies as they relate to capital investments in new treatment facilities, which will open 2012 in Barrie, Niagara and Kingston.
- Relocate the Portable Radiation Treatment Facility from Ottawa to Peterborough to provide care to patients in that region. The relocation of this facility means approximately 400 patients a year will not have to travel to Oshawa for treatment.
- Determine the next location for the relocation of the Portable Radiation Treatment Facility in Barrie.
- Manage the Radiation Replacement Grant process to distribute funding based on provincial priorities; work to secure additional funding to better address the numbers of aging radiation equipment eligible for replacement.

2011-2012 Highlights and Achievements

Information Technology and Management

The Chief Information Officer (CIO) Portfolio delivers actionable information and information management tools and services that can be used to improve the performance of Ontario's healthcare system, enhance the quality of care and expand patient-centred care. The CIO Portfolio supports CCO's work in cancer, access to care and chronic kidney disease while ensuring a robust and efficient internal infrastructure for the organization.

Information Strategy (I^4)

In 2011 Cancer Care Ontario published a four year 2011-2015 Information Strategy. It sets out the priorities of the CIO Portfolio in support of CCO's work for cancer, access to care and chronic kidney disease and ensures a state-of-the-art internal infrastructure for CCO.

The Information Strategy framework comprises four key elements:

1. Infrastructure
2. Instrument the System
3. Informatics
4. Innovation

Each element has its own 2015 goal and each is critical to our ability to successfully meet our clients' needs. Together, the power of these elements is exponentially greater than their sum. We call this "information to the power of four," or I^4.

1. Infrastucture

The right people, process and technology

2015 goal: Create a robust foundation for the delivery of information and technology products and services and actionable information.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Launched mobile applications for clinical and public users, including:
  - Symptom Management Guides that are used to provide clinicians with pharmacological and non-pharmacological symptom management guidelines for patients based on the patients' self-assessed symptom scores.
  - The Drug Formulary, a reference application for clinicians and patients on the safe use of cancer treatment drugs.
- Developed an external site that allows CCO provincial stakeholders and partners to collaborate and share information on a variety of projects and programs.
- Linked CCO's Identity and Access Management (IAM) services and eHealth Ontario's ONE ID to provide a private and secure framework for users.
- Used data in the Enterprise Data Warehouse to improve cancer data tracking in Ontario.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Continue to build our people capacity with desired skill sets to effectively meet our customer needs.
- Strengthen current partnerships – build new relationships with stakeholders that have common goals in order to ensure our work aligns with our current and future partners.
- Identify new ways to use mobile technology to access information.

2. Instrument the System

The tools and systems to capture and deliver data

2015 goal: Apply comprehensive, integrated information and technology solutions across the patient journey.

INFORMATION PROGRAMS

The CIO Portfolio's four Information Programs help deliver actionable information, an essential component in driving transformation. The programs are:

Cancer Information Program

In partnership with the cancer program's leadership team, the Cancer Information Program leads IM/IT business and strategic planning and coordinates cancer IM/IT services across the CIO Portfolio. In collaboration with clinical program leadership, it makes valuable performance management recommendations to key stakeholders, policy makers and healthcare providers to inform quality initiatives and enhance the delivery of high quality and safe cancer care.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Established direct access links from the Systemic Treatment Computerized Physician Order Entry (ST CPOE) systems to CCO's web-based Drug Formulary. This was a part of the eHealth Ontario funded Systemic Treatment Information Program (STIP) Project (2011-2013); Implemented OPIS at more than 15 new locations in Ontario cancer treatment sites.
- Developed a ST CPOE Best Practice Guideline document addressing multiple areas of oncology systemic treatment practice, including clinical best practice and information technology. These guidelines lay out the minimum and ideal criteria for ST CPOE in Ontario.
- Revitalized the current New Drug Funding Program (NDFP) process through CCO eClaims, a new single, centralized, web-based application that is flexible and accessible to all sites for the submission of cancer drug reimbursement claims.
- Launched the Drug Formulary as a free mobile application in the Apple App Store.
- Established the Positron Emission Tomography (PET) Scans Ontario website and eTool. The tool now is being used by nine hospitals, three independent health facilities and Ontario physicians registered with the PET eTool.
- Launched Phase 2 of Diagnostic Assessment Program-Electronic Pathway Solution (DAP-EPS), which will see it rolled out to four more regions in 2012. We also completed a Phase 1 pilot of DAP-EPS at Thunder Bay Regional Health Sciences Centre and Grand River Regional Cancer Centre.
- Identified more than 90 laboratory tests in eight CCO program areas relating to the eLab project; collaborated with eHealth Ontario and the MOHLTC to enable in the future, the receipt of laboratory test results from the Ontario Laboratory Information System (OLIS).
- Piloted at two sites an application that enables the secure collection of outcomes data at point-of-care for patients who have received radiation therapy for head and neck cancers.
- Implemented synoptic (standardized) pathology reporting in partnership with hospitals and pathologists, for patients treated at 92 percent of Ontario's cancer treating hospitals. These reports meet pan-Canadian endorsed College of American Pathologists (CAP) standards. Updated hospitals and pathologists to the newest CAP standard and expanded from using five cancer checklists to 63.
- Reached more than 90 percent level of population-based stage capture in Ontario for the four most common cancers – breast, colon, prostate, and lung using the pan-Canadian Collaborative Staging standard. This was enabled by putting in place automated data capture from synoptic pathology reports and remote links to cancer patient health records in more than 80 cancer-treating hospitals.
- Reengineered a modular Interactive Symptom Assessment and Collection (ISAAC) web-based patient application.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Complete implementation of OPIS to remaining cancer treatment hospitals across Ontario (to be in place at 18 additional hospitals by March 31, 2013).
- Disseminate ST CPOE Best Practice Guidelines.
- Launch CCO eClaims to all acute care cancer treatment hospitals in Ontario.
- Expand DAP-EPS to four regions in Ontario.
- Complete an interface to Ontario Laboratory Information System (OLIS) in order to enable CCO program areas to request laboratory test result data from the provincial repository.
- Implement Head and Neck Outcomes Database to remaining eight cancer centres in Ontario.

- Complete user testing for newly developed Interactive Symptom Assessment and Collection (ISAAC) tool and explore opportunities for leveraging the new system for other patient experience purposes.
- Implement new operational infrastructure for the new Collaborative Staging and ePath systems.

Prevention and Cancer Control Information Program

The Prevention and Cancer Control Information Program (PCCIP) supports prevention and screening initiatives by:

- Delivering technology and information solutions to enable program operations and reporting.
- Managing the prioritization and implementation of system enhancements and major projects.
- Developing IM/IT strategies, business plans and funding requirements.
- Leveraging technology and best practice to advance innovative solutions.

InScreen

InScreen is Cancer Care Ontario's award winning IM/IT solution. Originally implemented to support colorectal cancer screening through the ColonCancerCheck program, InScreen has more than four million electronic screening records for screen-eligible Ontarians. InScreen engages Ontarians in screening by targeting specific segments of the population using a variety of direct mail correspondence. InScreen uses the collected information to generate Screening Activity Reports for more than 7,000 physicians to help increase screening rates. During the year, InScreen was expanded to almost eight million electronic screening records of those eligible for breast and cervical cancer screening in addition to colorectal screening. We plan to use new campaign management capabilities that typically are used in marketing organizations, to more effectively engage under- and never-screened Ontarians.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Expanded our mandate from the *Colorectal Cancer Screening Registry* to the *Ontario Cancer Screening Registry*.
- Launched the Physician Linked program which uses correspondence that includes physician information and is designed to improve screening response rates.
- Implemented a solution to improve operational reporting for program staff/users.
- Established new agreements with the MOHLTC for expanded data feeds to support cervical and breast cancer screening as part of Integrated Cancer Screening.
- Established new agreements and data feeds with community labs to receive daily cytology results data for use in cervical result letters.
- Implemented new data feeds to collect daily breast screening results data from the Ontario Breast Screening Program.
- Expanded the data feed from the Ontario Cancer Screening Registry to integrate cancer diagnosis data into patient electronic cancer screening records.
- Implemented a new Siebel CRM campaign management capability to dramatically improve our ability to target population segments for screening campaigns.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Launch a new CCO secure site for presenting online Physician Screening Activity Reports (SAR) to registered Physicians leveraging eHealth Ontario's ONE ID.
- Promote and increase the number of physicians registered to securely access their online SAR.
- Publish and distribute the SAR to more than 7,000 patient enrolment model physicians and enable online access to registered physicians.
- Launch new test result correspondence to cervical and breast cancer screening participants.
- Launch new invitation, recall and reminder campaigns for Ontarians eligible to participate in the new organized population-based Integrated Cancer Screening program for cervical and breast cancer screening.
- Expand the inclusion of physician information in screening participant correspondence.
- Work with the MOHLTC, partners, and within CCO to identify opportunities to leverage the investment in InScreen.

3. Informatics

The art and science of transforming data into actionable information

2015 goal: Provide actionable information to decision-makers to improve performance management.

In 2011-2012, Cancer Care Ontario began the creation of a national Centre of Excellence (COE) for informatics by:

- Building on one of the richest cancer and broadest healthcare data sets in the country.
- Growing and investing in business intelligence expertise, tools, processes and technology.

Informatics works with both internal and external decision-makers across the healthcare system to ensure they have the information and analysis they need – both locally and province-wide – to meet the increased demands for greater accountability, better outcomes and improved system performance.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Completed a strategic roadmap for transformation of CCO analytic services focused on three key principles of customer intimacy, product leadership, and operational excellence.
- Put in place a new organizational structure that better aligns Informatics staff around their core customers.
- Recruited new staff to expand analytic services capabilities in areas of value for money and predictive analytics.
- Began work to develop and acquire new data sources that will enable key CCO strategies in 2012-2013.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Establish customer analytic plans that will support improved customer intimacy and value-add services.
- Enhance and strengthen capacity for advanced and predictive analytics.
- Create tools and repeatable methodologies that improve efficiency and quality in analytics.
- Establish an enterprise-wide data governance framework to include data ownership, quality, architecture and strategic road maps for data acquisition and integration.
- Develop a comprehensive talent management plan to ensure retention and development of skills required to enable analytics excellence for our internal and external customers.

4. Innovation

The combination of good ideas, smart risks and strategic investment

2015 goal: Deliver business value through innovation in information and technology.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Developed an innovation framework to help guide our work in innovation.
- Held an innovation workshop with our clients that generated more than 70 innovative ideas that we are pursuing.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Enhance our innovation framework with new design tools to enable problem solving.
- Create new and leverage existing processes that encourage and support innovative activities.
- Establish partnerships to pursue innovative ideas that will improve care.
- Create a resource, recognition and rewards system that values creativity.

2011-2012 Highlights and Achievements

Access to Care

Access to Care (ATC) is the service delivery agency for the MOHLTC's Wait Time Strategy and Emergency Room/Alternate Level of Care Information Strategy. ATC uses clinician leadership and engagement, along with state-of-the-art project management methodologies, to develop information solutions and deploy them to healthcare organizations across the province. They, in turn, use them to reduce wait times and improve patient access to healthcare services. ATC provides high-quality IM/IT products that enable performance improvement for:

- Alternate Level of Care (ALC)
- Emergency Room (ER) Information
- Surgery and Diagnostic Imaging Wait Times (Surgery and DI)
- Surgical Efficiency Targets Program (SETP)
- Wait Times Information System (WTIS) – Cardiac Care Network (CCN)

Alternate Level of Care Information

In 2008/09 the province launched the expansion of the WTIS to include ALC information in near real-time in both acute and post-acute care. ALC is the designation given by a physician to a patient who is occupying a bed in a hospital while not requiring the hospital-level intensity of resources or services. In 2009, the ALC Interim Upload tool was introduced to collect data on a monthly basis until full deployment of the WTIS for ALC in 2011 to 114 acute and post-acute care hospitals in Ontario.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Launched, within the WTIS the ability to capture near-real-time ALC patient information in 114 hospitals.
- Launched ALC data set in iPort™ Access.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Deploy three additional ALC data elements to 114 hospitals. The three data elements are:
  - Most appropriate Discharge Destination.
  - Special Needs and Supports (SNS) as a barrier to discharge.
  - Indication that No SNS required.
- Maintain IT technology and infrastructure services, and provide daily operational services to support 114 hospitals.
- Support reporting functionality through iPort™ Access for hospitals, LHINs, and the Ministry.

Emergency Room Information

The ER/ALC Information Strategy includes:

- Streamlining ER data submission.
- Enabling linkages to other data sets.

To address these strategy elements, ATC partnered with the Canadian Institute for Health Information (CIHI) to leverage the National Ambulatory Care Reporting System (NACRS) for the timely collection of ER wait-time data. We introduced the Emergency Room National Ambulatory Initiative (ERNI) to help measure and report how long patients were spending in the ER. Ninety-two facilities across the province are collecting and submitting ER data. This data now is publicly reported.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Expanded the ERNI to include five new data elements related to specialist consults across 92 hospitals.
- Continued focus on compliance and data quality to ensure ER information is meaningful to all stakeholders.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Provide data collection, reporting services and operational support to 92 facilities.
- Engage ER clinical experts and stakeholders to evaluate and develop proposed additional NACRS data elements for implementation in 2013-2014.
- Support reporting functionality through iPort™ Access for hospitals, LHINs and the MOHLTC.

Surgery and Diagnostic Imaging Wait Times

The WTIS tracks, measures and reports on surgical and diagnostic wait times province-wide. More than 3,300 clinicians in 96 wait-time-funded hospitals submit information on 2.3 million adult and paediatric surgeries and MRI/CT scans each year.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Deployed the WTIS Expansion 2011/12: Wait 1 provincial project to nearly 100 hospitals for the collection and reporting of Wait 1 (the time a patient waits from referral for consultation to the first consultation with a surgical specialist) data.
- Released the Orthopaedic Quality Scorecard, a tool created to assist LHINs in meeting new performance targets related to joint replacement surgery.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Maintain our technology and infrastructure services and provide daily operational services to support 96 hospitals and 3,350 users.
- Engage hospitals to ensure WTIS data is fully reportable and compliant based on Cancer Care Ontario's data quality framework.
- Use newly collected data to initiate Wait 1 reporting and analytics.
- Support reporting functionality through iPort™ Access for hospitals, LHINs and the MOHLTC.

Surgical Efficiency Targets Program (SETP)

SETP uses Operating Room data to identify areas where performance opportunities and issues exist in the perioperative (the duration of a patient's surgical procedure, from admission to discharge) portion of his/her care.

SETP:

- Measures and reports on surgical management Key Performance Indicators.
- Benchmarks the performance of comparable hospitals.
- Establishes provincial performance targets to support process improvements.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Launched new definition for what constitutes pre-admission screening on a surgical patient and target for percent of patients screened prior to surgery for the SETP.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Provide SETP data collection and reporting services to 76 hospitals and more than 230 users; provide information management reporting and analytics to hospitals, LHINs and the MOHLTC.
- Support reporting functionality through iPort™ Access for hospitals, LHINs and the MOHLTC.

Cardiac Care Network (CCN)

CCO works with the Cardiac Care Network (CCN) to develop and enhance the functionality of its application that supports clinicians in caring for their cardiac patients. Each year, CCO delivers two key application releases in support of the ATC strategy for cardiac disease. The ability to track this information is vital to the clinical teams and the Cardiac Care Network in delivering quality care.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Added enhanced functionality to the system to capture:
  - Electrophysiology clinical data, the study on the electrical properties of biological cells and tissues
  - STEMI incidents, a severe type of heart attack that is caused by a blood clot and causes some heart muscle to be damaged.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Provide operational support for infrastructure hosting for the WTIS-Cardiac Care Network (CCN) production and test systems, and application support for WTIS-CCN.

2011-2012 Highlights and Achievements

The Ontario Renal Network (ORN)

As Ontario's population continues to grow and age, and the prevalence of diabetes and vascular disease increases, the prevalence of chronic kidney disease (CKD) is also expected to increase. The Ontario Renal Network (ORN) is developing and implementing a provincial CKD strategy – that will lead to a measurable and sustained improvement in CKD care across the province – and has established new structures and processes to ensure effective business operations and the successful implementation of key priorities.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Developed the Ontario Renal Plan – the first comprehensive roadmap of CKD care for Ontario. The plan was built through extensive stakeholder input and outlines how we will reduce the risk of Ontarians developing End Stage Renal Disease (ESRD), while improving the quality of care and treatment of current and future patients. The Ontario Renal Plan addresses the CKD system in Ontario with a view to improving patient health by driving quality, innovation and value for money. It includes seven provincial strategies:
  1. Strengthening accountability to patients.
  2. Reducing the impact of CKD by improving early detection and prevention of progression.
  3. Improving peritoneal and vascular access for dialysis patients.
  4. Improving the uptake of independent dialysis.
  5. Ensuring Ontario has the necessary infrastructure to care for CKD patients.
  6. Strengthening Ontario CKD care through research and innovation.
  7. Aligning funding to high quality patient-focused care.
- Funded Access Coordinators for the CKD journey, which helps improve patient experiences and health outcomes. The coordinators are part of a community of practice and collaborative programs supported by ORN to:
  - Promote local quality improvement initiatives.
  - Promote rapid cycle improvements.
  - Provide data to create a picture of pre-dialysis care in Ontario.
- Developed CKD Patient-based Funding Framework with the MOHLTC and in consultation with clinical, policy and financial experts. The framework links funding to best-practice patient care, incorporates standardized best-care practice, standardizes funding rates, incents efficiency and supports the shift to earlier identification and disease management from hospital-based care to community based or independent care.
- Launched the CKD System Atlas, a web-based tool that presents information on system capacity and resources, and measurements of service delivery, outcomes of care and quality. The Atlas is designed for clinicians and health-system administrators, patients, families and the general public. It provides both international and national comparisons, and an emphasis on regional and CKD program reporting with a focus on ORN priorities.
- Implemented a Quarterly Performance Management Cycle, launching its first set of quarterly reviews with the regions. These reviews are the focal point for quality and performance dialogue between the ORN and the regions, and act as a key catalyst for integrating and aligning provincial and regional priorities. As part of the reviews, the ORN:
  - Established formal accountability agreements with each of the 26 regional CKD programs and five directly funded affiliated sites. Each agreement sets out the conditions for funding of incremental service volumes (CKD funded service volumes, quality requirements and data reporting).

- Enhanced Our Capacity Planning – central to the ORN's success is our ability to transform data into information for making decisions related to planning, funding, performance and quality. The ORN completed Ontario's first comprehensive Provincial Dialysis Capacity Assessment, including forecasted patient demand for each of Ontario's 14 LHINs. Utilizing the Ontario Renal Reporting System (ORRS), the ORN refreshed each assessment to reflect changes in patient demand, dialysis station supply, home dialysis rates, patient travel patterns and operating model. These updated assessments establish a shared understanding of the supply and demand of dialysis services through the year 2020 and support collaborative decision-making on capital and operational investments.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Begin implementation of the seven strategic priorities in the ORP, developing work plans and establishing key performance indicators.
- Partner with McMaster University to leverage its OSCAR electronic medical record (EMR) for a pilot study to improve screening and management of CKD in primary care settings. Working with four family health teams across the province, the project will build helpful electronic prompts and reminders for screening directly into the EMR to assist CKD patients in the primary care environment.
- Work with five nephrologists who will act as mentors to ORN in our drive to build stronger relationships with nephrologists and share the care of CKD patients.
- Continue the rollout of the CKD System Atlas, adding quality and patient outcome measures of the CKD population within the region (demographics, comorbidities and travel time for care) and transactional information on CKD service utilization, including measures such as dialysis by modality and vascular access.
- Play a key role in implementing and operationalizing the patient-based funding framework within the government's Health System Funding Reform initiative.
- Plan to ensure that we have the required capacity in place for patients to receive care closer to home.

Human Resources

In today's competitive and knowledge-driven environment, Human Resources (HR) is a critical element in the success of an organization.

At Cancer Care Ontario, HR supports the flexibility, speed and performance of our business through contributions in strategic areas, including talent management, succession planning, engagement, recruitment and retention.

Highlights

In 2011-2012, we:

- Developed a three-year Human Resources Strategic Plan focused on four key areas: Continuing to Build HR Infrastructure, Attracting and Retaining Talent, Building Capability and Capacity and Building the Desired Culture. The four areas encompass:
  - Continuing to Build HR Infrastructure
    - Ensuring consistency of HR Standards and Practices
    - Documenting Processes and Policies
    - Utilizing HR Metrics to drive business decisions
    - Automating HR Systems
  - Attracting and Retaining Top Talent
    - Refining our recruitment Strategy
    - Focusing on resourcing
    - Developing a differentiating value proposition
    - Establishing Standards of Practice
  - Building Capability and Capacity
    - Expanding Succession Planning
    - Accelerating Leadership Development
    - Enhancing Employee Career Development
  - Building the Desired Culture
    - Emphasizing Quality, Accountability and Innovation
    - Fostering Collaboration
    - Enhancing Communication
    - Supporting Diversity in the Workplace
    - Fostering Respect in the Workplace
- Saw the growth of CCO's staff complement to a Full-Time Equivalent (FTE) workforce of 755.5 as a result of an expansion of our scope and mandate, in particular in the areas of Integrated Cancer Screening and Clinical Programs.

Looking Ahead

In 2012-2013, we will:

- Couple HR's technical knowledge and people skills with a deeper focus on challenges and business issues facing our organization, closely mapping HR strategy to our business strategy.
- Develop and continually improve the HR systems and programs that enable CCO to attract, engage, develop and retain talented people who take pride in improving the healthcare system.
- Build programs that support and reinforce a culture of quality, accountability and innovation.
- Focus on making CCO an employer of choice.

Financial Reports

Cancer Care Ontario
Action Cancer Ontario

620 University Avenue, Toronto ON, M5G 2L7
tel: 416.971.9800 fax: 416.971.6888 www.cancercare.on.ca

June 20, 2012

Management's Responsibility for Financial Information

Management and the Board of Directors are responsible for the financial statements and all other information presented in this financial statement. The financial statements have been prepared by management in accordance with generally accepted accounting principles and, where appropriate, include amounts based on management's best estimates and judgements.

Cancer Care Ontario is dedicated to the highest standards of integrity and patient care. To safeguard Cancer Care Ontario's assets, a sound and dynamic set of internal financial controls and procedures that balance benefits and costs has been established. Management has developed and maintains financial and management controls, information systems and management practices to provide reasonable assurance of the reliability of financial information. Internal audits are conducted to assess management systems and practices, and reports are issued to the Audit Finance Committee.

For the fiscal year ended March 31, 2012, Cancer Care Ontario's Board of Directors, through the Audit Finance Committee, was responsible for ensuring that management fulfilled its responsibilities for financial reporting and internal controls. The Committee meets regularly with management, the internal auditor and the Auditor General to satisfy itself that each group had properly discharged its respective responsibility, and to review the financial statements before recommending approval by the Board of Directors. The Auditor General had direct and full access to the Audit Finance Committee, with and without the presence of management, to discuss their audit and their findings as to the integrity of Cancer Care Ontario's financial reporting and the effectiveness of the system of internal controls.

The financial statements have been examined by the Office of the Auditor General of Ontario. The Auditor General's responsibility is to express an opinion on whether the financial statements are fairly presented in accordance with generally accepted accounting principles. The Auditor's Report outlines the scope of the Auditor's examination and opinion.

On behalf of Cancer Care Ontario Management,

Michael Sherar, PhD
President and CEO

Elham Roushani, BSc, CA
Vice President & Chief Financial Officer

Ontario
Cancer Care Ontario
Action Cancer Ontario

Office of the Auditor General of Ontario
Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Independent Auditor's Report

To Cancer Care Ontario
and to the Minister of Health and Long-Term Care

I have audited the accompanying financial statements of Cancer Care Ontario, which comprise the statement of financial position as at March 31, 2012, and the statements of operations, changes in fund balances, and cash flows for the year then ended, and a summary of significant accounting policies and other explanatory information.

Management's Responsibility for the Financial Statements

Management is responsible for the preparation and fair presentation of these financial statements in accordance with Canadian generally accepted accounting principles, and for such internal control as management determines is necessary to enable the preparation of financial statements that are free from material misstatement, whether due to fraud or error.

Auditor's Responsibility

My responsibility is to express an opinion on these financial statements based on my audit. I conducted my audit in accordance with Canadian generally accepted auditing standards. Those standards require that I comply with ethical requirements and plan and perform the audit to obtain reasonable assurance about whether the financial statements are free from material misstatement.

An audit involves performing procedures to obtain audit evidence about the amounts and disclosures in the financial statements. The procedures selected depend on the auditor's judgment, including the assessment of the risks of material misstatement of the financial statements, whether due to fraud or error. In making those risk assessments, the auditor considers internal control relevant to the entity's preparation and fair presentation of the financial statements in order to design audit procedures that are appropriate in the circumstances, but not for the purpose of expressing an opinion on the effectiveness of the entity's internal control. An audit also includes evaluating the appropriateness of accounting policies used and the reasonableness of accounting estimates made by management, as well as evaluating the overall presentation of the financial statements.

I believe that the audit evidence I have obtained is sufficient and appropriate to provide a basis for my audit opinion.

Opinion

In my opinion, the financial statements present fairly, in all material respects, the financial position of Cancer Care Ontario as at March 31, 2012 and its financial performance and its cash flows for the year then ended in accordance with Canadian generally accepted accounting principles.

Box 105, 15th Floor
20 Dundas Street West
Toronto, Ontario
M5G 2C2
416-327-2381
fax 416-326-3812

B.P. 105, 15e étage
20, rue Dundas ouest
Toronto (Ontario)
M5G 2C2
416-327-2381
télécopieur 416-326-3812

www.auditor.on.ca

Gary R. Peall, CA
Deputy Auditor General
Licensed Public Accountant

Toronto, Ontario
June 20, 2012

Cancer Care Ontario
Statement of financial position

(In thousands of dollars)

March 31	2012	2011
Assets		
Current		
Cash and cash equivalents (Note 3)	$ 117,484	$ 155,804
Short-term investments (Note 4)	122,111	80,982
Receivables and prepaids (Note 5)	28,878	20,253
	268,473	257,039
Capital assets (Note 6)	134,148	103,488
	$ 402,621	$ 360,527
Liabilities		
Current		
Accounts payable and accrued liabilities (Note 7)	$ 208,573	$ 190,280
Deferred operating grants (Note 8(a))	4,861	6,546
	213,434	196,826
Deferred contributions related to capital assets (Note 8(b))	140,464	115,930
Post-retirement benefits other than pension plan (Note 9(b))	3,195	3,314
	357,093	316,070
Fund balances		
Endowment	1,288	2,317
Internally and externally restricted	4,485	10,005
General – unrestricted	36,136	26,669
Investment in capital assets	3,619	5,466
	45,528	44,457
	$ 402,621	$ 360,527

Commitments (Note 15)
Contingencies (Note 16)
Guarantees (Note 18)

On behalf of the Board:

Director

Director

See accompanying notes to the financial statements.

Cancer Care Ontario
Statement of operations
(In thousands of dollars)
Year ended March 31, 2012

	Restricted		General		Total	
	2012	2011	**2012**	2011	**2012**	2011
Revenue						
Ministry of Health and Long-Term Care	$ -	$ -	**$ 844,437**	$ 778,657	**$ 844,437**	$ 778,657
Capital contributions from Ministry of Health and Long-Term Care for Integrated Cancer Programs	-	-	**9,597**	11,216	**9,597**	11,216
Net investment income (Note 11)	**31**	25	**4,200**	2,488	**4,231**	2,513
Amortization of deferred contributions related to capital assets (Note 8(b))	-	-	**23,957**	30,981	**23,957**	30,981
Other (Note 12)	**3,465**	5,914	**9,419**	7,156	**12,884**	13,070
	3,496	5,939	**891,610**	830,498	**895,106**	836,437
Expenses						
Integrated Cancer Programs Services	**3,694**	88	**312,417**	292,398	**316,111**	292,486
Drugs	-	-	**219,309**	218,983	**219,309**	218,983
Surgical services – hospitals	-	-	**66,675**	51,101	**66,675**	51,101
Salaries and benefits	**1,762**	2,954	**63,174**	59,348	**64,936**	62,302
Chronic kidney disease services	-	-	**51,643**	46,073	**51,643**	46,073
Screening services	-	-	**50,369**	40,498	**50,369**	40,498
Amortization of capital assets	-	51	**25,715**	32,351	**25,715**	32,402
Medical services	**24**	69	**25,662**	13,948	**25,686**	14,017
Purchased services	**1,212**	2,296	**21,099**	21,715	**22,311**	24,011
Hospital systemic therapy services	-	-	**15,344**	13,747	**15,344**	13,747
Other operating (Note 13)	**216**	703	**11,734**	10,561	**11,950**	11,264
Capital contributions to Integrated Cancer Programs	-	-	**11,737**	14,027	**11,737**	14,027
Pension (Note 9(a))	-	-	**5,102**	4,686	**5,102**	4,686
Occupancy costs	**5**	61	**3,893**	3,531	**3,898**	3,592
Consulting services	**12**	136	**2,780**	4,049	**2,792**	4,185
Professional fees	**1**	4	**324**	401	**325**	405
Post-retirement benefits other than pension plan (Note 9(b))	-	-	**121**	130	**121**	130
Loss on disposal of capital assets	-	435	**11**	92	**11**	527
	6,926	6,797	**887,109**	827,639	**894,035**	834,436
Excess (deficiency) of revenue over expenses	**$ (3,430)**	$ (858)	**$ 4,501**	$ 2,859	**$ 1,071**	$ 2,001

See accompanying notes to the financial statements.

Cancer Care Ontario
Statement of changes in fund balances
(In thousands of dollars)
Year ended March 31, 2012

	Restricted		General –	Invested in	Total	
	Endowment	Other	Unrestricted	capital assets	2012	2011
Fund balances, beginning of year	$ 2,317	$ 10,005	$ 26,669	$ 5,466	$ 44,457	$ 42,456
Excess (deficiency) of revenue over expenses	-	(3,430)	4,501	-	1,071	2,001
Net change in investment in capital assets (Note 10)	-	555	1,292	(1,847)	-	-
Interfund transfers (Note 14)	(1,029)	(2,645)	3,674	-	-	-
Fund balances, end of year	$ 1,288	$ 4,485	$ 36,136	$ 3,619	$ 45,528	$ 44,457

See accompanying notes to the financial statements.

Cancer Care Ontario
Statement of cash flows

(In thousands of dollars)

Year ended March 31	2012	2011
Increase (decrease) in cash and cash equivalents		
Operating		
Excess of revenue over expenses	$ 1,071	$ 2,001
Amortization of capital assets	25,715	32,402
Amortization of deferred contributions related to capital assets	(23,957)	(30,981)
Loss on disposal of capital assets	11	527
Benefit expense related to post-retirement benefits other than pension plan	121	130
Post-retirement benefits other than pension plan paid	(240)	(172)
	2,721	3,907
Change in non-cash operating working capital		
Receivables and prepaids	(8,625)	16,659
Accounts payable and accrued liabilities	18,293	54,403
Deferred operating grants	(1,685)	(30,888)
	7,983	40,174
	10,704	44,081
Investing		
Proceeds from maturity of investments	83,422	50,302
Purchase of investments	(124,551)	(51,160)
Purchase of capital assets	(56,393)	(38,936)
Proceeds on disposal of capital assets	7	61
	(97,515)	(39,733)
Financing		
Amounts received related to capital assets	48,491	45,125
(Decrease) increase in cash and cash equivalents	(38,320)	49,473
Cash and cash equivalents, beginning of year	155,804	106,331
Cash and cash equivalents, end of year	$ 117,484	$ 155,804

See accompanying notes to the financial statements.

Cancer Care Ontario
Notes to the financial statements
(In thousands of dollars)
March 31, 2012

Nature of operations

The Government of Ontario approved the establishment of Cancer Care Ontario (the "Organization") on April 29, 1997 to advance services for cancer patients to improve the outcome, quality and efficiency of cancer services. The cancer services encompass prevention, screening, diagnosis, treatment, research, education and palliative care. The Organization was incorporated under the name of The Ontario Cancer Treatment and Research Foundation by an Act of the Legislature of the Province of Ontario in 1943 and the name of the Organization was changed in 1997 to Cancer Care Ontario. The Organization is a registered charity under the Income Tax Act (Canada). Members of the Board of Directors and Board Committees are volunteers who serve without remuneration. The Organization and the Ministry of Health and Long-Term Care ("MOHLTC") entered into a Memorandum of Understanding ("MOU"), effective December 2, 2009. The Organization is primarily funded by the Province of Ontario through the MOHLTC.

The Organization's mission is to improve the performance of the cancer system in Ontario by driving quality, accountability and innovation in all cancer-related services. The Organization's mission includes an emphasis on performance management. In accordance with the Cancer Program Integration Agreement ("CPIA"), the Organization funds the Integrated Cancer Programs ("ICP") at various hospitals in return for agreed upon cancer services.

The Organization supports the provincial government's Ontario Wait Time and Access to Care ("ATC") Strategies. The ATC program is comprised of information technology and information management initiatives with a strategic focus on improving access, quality and efficiency of patient care and tracking patients as they move across the continuum of care. The mandate of the ATC program is the development and implementation of information strategies and information systems to support improved access to care, ongoing operation of information systems, data analysis and reporting.

In June 2009, the MOHLTC formally transferred to the Organization the provincial oversight and co-ordination of the Chronic Kidney Disease ("CKD") Program. The mandate of the CKD program is to develop and implement a provincial CKD strategy that will lead to measurable and sustained improvement in CKD care across the province. This includes improved strategies for vascular access and home dialysis, implementation of a patient-based funding model and earlier detection and better disease management.

Cancer Care Ontario
Notes to the financial statements
(In thousands of dollars)
March 31, 2012

1. Significant accounting policies

The Organization's financial statements are prepared by management using Canadian generally accepted accounting principles.

Fund accounting

The Endowment Fund reports contributions subject to externally imposed stipulations specifying that the resources contributed be maintained permanently, unless specifically disendowed by the donor. Restricted investment income earned on Endowment Fund resources is recognized as revenue of the Restricted Fund.

The Restricted Fund reports externally and internally restricted resources, primarily related to research. These funds include donations and grants which either have specific restrictions placed on their use by the donor, or have been internally restricted by the Board of Directors.

The General Fund accounts for the Organization's MOHLTC and other funded programs. This fund reports unrestricted resources and restricted grants from the MOHLTC and others.

Contributions

The Organization follows the deferral method of accounting for restricted contributions related to MOHLTC and other funded programs which are recognized as revenue of the General Fund in the year which the related expenses are incurred. The Organization follows the restricted fund method for all other restricted contributions which are recognized as revenue of the appropriate Restricted Fund in the year of receipt.

Unrestricted contributions are recognized as revenue of the General Fund when the amount is reasonably estimated and collection is probable.

Contributions received for the purpose of capital assets are recorded as deferred capital contributions and are amortized on the same basis as the related capital assets.

Contributions for endowment are recognized as revenue of the Endowment Fund in the year of receipt.

Cash and cash equivalents

The Organization considers deposits in banks, certificates of deposit and short-term investments with original maturities of three months or less as cash and cash equivalents.

Investments

Investments are classified as held for trading and carried at fair value. Investment transactions are accounted for on a settlement date basis and transaction costs are expensed as incurred.

1. Significant accounting policies (continued)

Capital assets

Capital assets are recorded at cost. All capital assets are amortized on a straight-line basis at rates based on the estimated useful lives of the assets.

Therapeutic and other technical equipment is amortized over periods ranging from 4 years to 9 years; office furniture, equipment and software are amortized over periods ranging from 3 years to 5 years; and leasehold improvements are amortized over the 5 year term of the leases.

Third party and internal labour costs are capitalized under software in connection with the development of information technology projects.

Land and buildings for four lodges donated by the Canadian Cancer Society – Ontario Division are recorded at nominal value, as the value was not reasonably determinable at the time of the donation.

Impairment of long-lived assets

An impairment charge is recorded for long-lived assets when an event or change in circumstances causes the asset's carrying values to exceed the total undiscounted cash flows expected from its use and eventual disposition. The impairment loss is calculated as the difference between the fair value of the asset and its carrying value.

Pension costs and post retirement benefits other than pension plan

(i) Pension costs
The Organization accounts for its participation in the Healthcare of Ontario Pension Plan ("HOOPP"), a multiemployer defined benefit pension plan, as a defined contribution plan, as the Organization has insufficient information to apply defined benefit plan accounting.

(ii) Post-retirement benefits other than pension plan
The cost of post-retirement benefits other than pension plan is actuarially determined using the projected benefit method prorated on employment services and expensed as employment services are rendered.

The transitional obligation arising from the adoption of this accounting policy is being amortized over the expected remaining life of eligible retirees.

Use of estimates

The preparation of financial statements requires management to make estimates and assumptions that affect the reported amounts of assets and liabilities and disclosure of contingent assets and liabilities at the date of the financial statements and the reported amounts of revenue and expenses during the year. Significant items subject to such estimates and assumptions include the carrying amount of capital assets, accruals for drug expenditures and post retirement benefits other than pension plan. Actual results could differ from those estimates.

1. Significant accounting policies (continued)

Future accounting changes

Effective January 1, 2012, government organizations currently applying Not-For-Profit accounting standards in Part V of the Canadian Institute of Chartered Accountants (CICA) Handbook will be required to comply with the Public Sector Accounting (PSA) Standards. The standards are applicable to all government not-for-profit organizations. Government not-for-profit organizations maintain the option to adopt PSA standards with or without the not-for-profit sections. The Organization has decided to adopt PSA standards with the not-for-profit sections for the fiscal year beginning April 1, 2012.

2. Capital disclosures

The capital structure of the Organization consists of fund balances comprised of endowment funds, internally and externally restricted funds, general – unrestricted fund, investment in capital assets, and deferred capital contributions.

The Organization's objective when managing capital is to safeguard its ability to continue as a going concern, so that it can continue to provide the appropriate level of benefits and services to its stakeholders.

A portion of the Organization's capital is restricted in how it is to utilize its externally restricted contributions and deferred capital contributions as described in Note 1. The Organization employs internal control processes to ensure the restrictions are met prior to the utilization of these resources and has been in compliance with these restrictions throughout the year.

The Organization sets the amount of fund balances in proportion to risk, manages its capital structure and makes adjustments to it in light of economic conditions and the risk characteristics of the underlying assets.

3. Cash and cash equivalents – restricted

Cash and cash equivalents includes $407 (2011 - $404) which is restricted, as it relates to a pension plan that has been dissolved and is being held in escrow in the event that former members put forth a claim. These funds are subject to externally imposed restrictions and are not available for general use.

4. Investments

	2012	2011
Guaranteed Investment Certificate, interest at 1.89%, redeemable on demand, maturing September 5, 2013	$ 60,082	$ -
Guaranteed Investment Certificates, interest at 1.85%, maturing September 5, 2012	41,820	-
Guaranteed Investment Certificates, interest at 1.6%, maturing December 21, 2012	10,125	-
Guaranteed Investment Certificates, interest at 1.71%, maturing April 2, 2012	10,084	-
Guaranteed Investment Certificates, interest at 2.1%, maturing March 3, 2012	-	10,226
Guaranteed Investment Certificates, interest at 2.26%, maturing March 5, 2012	-	30,693
Guaranteed Investment Certificate, interest at 2.05%, maturing March 5, 2012	-	40,063
	$ 122,111	$ 80,982

5. Receivables and prepaids

	2012	2011
Accounts receivable	$ 5,838	$ 4,225
Due from MOHLTC	21,305	14,818
Prepaids	1,735	1,210
	$ 28,878	$ 20,253

6. Capital assets

	Cost	Accumulated Amortization	2012 Net Book Value	2011 Net Book Value
Therapeutic and other technical equipment	$ 279,430	$ 174,531	$ 104,899	$ 90,149
Office furniture, equipment, and leasehold improvements	8,992	5,449	3,543	3,507
Software	32,942	7,236	25,706	9,832
	$ 321,364	$ 187,216	$ 134,148	$ 103,488

The cost of capital assets include software, and deposits for therapeutic equipment of $33,034 (2011 - $20,573). Amortization of these amounts will commence when the asset is available for use.

At the beginning of 2012, the Organization reviewed the estimate of the useful lives of its capital assets. The impact of changes in the estimated useful lives is accounted for on a prospective basis. The impact of adjustments to management's estimates of remaining asset useful lives was a decrease in amortization expense of $12,474.

7. Accounts payable and accrued liabilities

	2012	2011
Trade payables	$ 138,672	$ 63,980
Accrued liabilities and other	39,341	63,955
Payable to MOHLTC and other	30,153	61,941
Pension escrow	407	404
	$ 208,573	$ 190,280

8. Deferred contributions

a) Deferred operating grants

Deferred operating grants represent unspent resources related to MOHLTC and other funded programs. Unspent amounts are held for use in subsequent periods or settlement by the respective ministry. Changes in the deferred operating grant balance are as follows:

	2012	2011
Balance, beginning of year	$ 6,546	$ 37,434
Amounts received during the year	99,389	45,697
Amounts recognized as revenue	(5,068)	(3,268)
Amounts returned to MOHLTC	(65,853)	(11,376)
Amounts reclassified to accounts payable and accrued liabilities	(30,153)	(61,941)
Balance, end of year	$ 4,861	$ 6,546

b) Deferred contributions related to capital assets

Deferred contributions related to capital assets represent the unamortized and unspent amount of funds received for the purchase of capital assets. The changes in the deferred contributions related to capital assets balance for the year are as follows:

	2012	2011
Balance, beginning of year	$ 115,930	$ 101,786
Amounts received related to capital assets	48,491	45,125
Amount recognized as revenue	(23,957)	(30,981)
Balance, end of year	$ 140,464	$ 115,930

The balance of deferred capital contributions related to capital assets consist of the following:

	2012	2011
Unamortized capital contributions used to purchase capital assets	$ 130,529	$ 98,022
Unspent contributions	9,935	17,908
Balance, end of year	$ 140,464	$ 115,930

9. Pension costs and post-retirement benefits other than pension plan

a) Pension costs

Employees of the Organization are members of HOOPP, which is a multiemployer defined benefit pension plan. HOOPP members receive benefits based on length of service and the average annualized earnings during the five consecutive years that provide the highest earnings prior to retirement, termination or death.

Contributions to HOOPP made during the year by the Organization on behalf of its employees amounted to $5,102 (2011 - $4,686) and are included in the pension expense in the statement of operations.

b) Post-retirement benefits other than pension plan

The Organization offered non-pension, post retirement benefits to its retired employees. Effective January 1, 2006, the Organization no longer offers non-pension, post retirement benefits to its active employees. Benefits paid during the year under this unfunded plan were $240 (2011 - $172).

During the year, the Organization increased its accrued benefit obligation by $65 (2011 – decreased by $95) based on the most recent actuarial valuation for the post-retirement benefits other than pension plan dated March 31, 2010. The next valuation will take place as at March 31, 2013.

Information about the Organization's post-retirement benefits other than pension plan is as follows:

	2012	2011
Accrued benefit obligation	$ (2,921)	$ (2,856)
Unamortized actuarial gain	(858)	(1,114)
Unamortized net transitional obligation	584	656
Net accrued benefit liability	$ (3,195)	$ (3,314)

The actuarially determined present value of the accrued benefit obligation is measured using management's best estimates based on assumptions that reflect the most probable set of economic circumstances and planned courses of action as follows:

	2012	2011
Discount rate	3.75%	4.5%
Drug cost trend rate	8% in 2012 to 5% in 2018 and after	8.5% in 2011 to 5% in 2018 and after
Hospital, dental and other medical costs trend rate	4% per annum	4% per annum

10. Investment in capital assets

	2012	2011
Capital assets	$ 134,148	$ 103,488
Amounts financed by deferred capital contributions (Note 8 b))	(130,529)	(98,022)
	$ 3,619	$ 5,466

Change in net assets invested in capital assets is calculated as follows:

Purchase of capital assets	$ 56,393	$ 38,936
Deferred contributions related to capital assets	(56,464)	(33,193)
Amortization of deferred contributions related to capital assets	23,957	30,981
Amortization of capital assets	(25,715)	(32,402)
Disposal of capital assets	(18)	(588)
	$ (1,847)	$ 3,734

11. Net investment income

Net investment income earned on the Endowment Fund resources in the amount of $31 (2011 - $25) is included in the Restricted Fund.

12. Other revenue

	2012	2011
General Fund		
eHealth Ontario	$ 3,290	$ 503
Canadian Partnership Against Cancer	3,122	2,527
Public Health Ontario	2,333	2,284
Salary recovery	143	392
Other income	531	1,450
	$ 9,419	$ 7,156
Restricted Fund		
Grants	$ 3,465	$ 5,694
Donations	-	220
	$ 3,465	$ 5,914

13. Other operating expenses

	2012	2011
Restricted Fund		
Travel	$ 79	$ 82
General office	69	394
Education and publications	32	136
Equipment	31	59
Other expenses	5	32
	$ 216	$ 703
General Fund		
Equipment	$ 5,322	$ 4,262
General office	2,261	1,903
Education and publications	2,095	1,960
Patient service	800	800
Travel	751	873
Other expenses	505	763
	$ 11,734	$ 10,561

14. Interfund transfer

	2012	2011
Transfer to the General Fund from Endowment	$ 1,029	$ -
Transfer to the General Fund from the Restricted Fund	2,645	12,890
	$ 3,674	$ 12,890

Transfers to the General Fund from the Endowment and Restricted Funds represent the release of externally and internally restricted reserves approved by the Organization's Board of Directors.

15. Commitments

a) The Organization leases space, and computer and office equipment. Under the terms of the leases, future repayments in aggregate and over each of the next five years are estimated as follows for the years ending March 31:

2013	$ 4,943
2014	3,125
2015	2,803
2016	2,718
2017	2,680
Subsequently	967
	$ 17,236

b) The Organization has committed $4,796 (2011 - $24,101) for the purchase of equipment, which is net of deposits disclosed in Note 6.

16. Contingencies

The Organization is a member of the Healthcare Insurance Reciprocal of Canada ("HIROC"), which was established by hospitals and other organizations to self-insure. If the aggregate premiums paid are not sufficient to cover claims, the Organization will be required to provide additional funding on a participatory basis.

Since the inception, HIROC has accumulated an unappropriated surplus, which is the total of premiums paid by all subscribers plus investment income less the obligation for claims reserves and expenses and operating expenses. Each subscriber which has an excess of premium plus investment income over the obligation for their allocation of claims reserves and expenses and operating expenses may be entitled to receive distributions of their share of the unappropriated surplus at the time such distributions are declared by the Board of Directors of HIROC. There are no distributions declared by HIROC as of March 31, 2012.

17. Financial instruments

The carrying amounts of cash and cash equivalents, receivables, and accounts payable and accrued liabilities approximate fair values due to the short-term nature of these instruments.

The fair values of investments are disclosed in Note 4. Investments consist of guaranteed investment certificates with a fixed interest rate that in management's estimation is at market.

Credit risk
Credit risk arises from cash and cash equivalents and investments held with financial institutions and credit exposures on outstanding receivables. Cash and cash equivalents and term investments are held at major financial institutions minimizing any potential exposure to credit risk. It is management's opinion that the risk related to receivables is minimal as most of the receivables are from federal and provincial governments and organizations controlled by them.

Interest rate risk
Interest rate risk is the risk that the value or future cash flows of financial instruments will fluctuate due to changes in market interest rates. The Organization currently is only exposed to interest rate risk from its investments. The Organization does not expect fluctuations in market interest rates to have a material impact on its financial performance and does not use derivative instruments.

18. Guarantees

a) Director/officer indemnification

The Organization's General By-Laws contain an indemnification of its directors/officers, former directors/officers and other persons who have served on board committees against all costs incurred by them in connection with any action, suit or other proceeding in which they are sued as a result of their service, as well as all other costs sustained in or incurred by them in relation to their service. This indemnity excludes costs that are occasioned by the indemnified party's own dishonesty, wilful neglect or default.

The nature of the indemnification prevents the Organization from making a reasonable estimate of the maximum amount that it could be required to pay to counterparties. To offset any potential future payments, the Organization has purchased from HIROC directors' and officers' liability insurance to the maximum available coverage. The Organization has not made any payments under such indemnifications, and no amount has been accrued in the accompanying financial statements with respect to the contingent aspect of these indemnities.

b) Other indemnification agreements

In the normal course of its operations, the Organization executes agreements that provide for indemnification to third parties. These include, without limitation: indemnification of the Landlords under the Organization's leases of premises; indemnification of the MOHLTC from claims, actions, suits or other proceedings based upon the actions or omissions of the representative groups of medical, radiation and gynaecology/oncology physicians under certain Alternate Funding Agreements; and indemnification of the ICP host hospitals from claims, actions, costs, damages and expenses brought about as a result of any breach by the Organization of its obligations under the CPIA and the related documentation.

While the terms of these indemnities vary based upon the underlying contract, they normally extend for the term of the contract. In most cases, the contract does not provide a limit on the maximum potential amount of indemnification, which prevents the Organization from making a reasonable estimate of its maximum potential exposure. The Organization has not made any payments under such indemnifications, and no amount has been accrued in the accompanying financial statements with respect to the contingent aspect of these indemnities.

19. Comparative figures

Certain comparative figures have been reclassified to conform to the financial statement presentation adopted in the current year.

Appendices

BOARD OF DIRECTORS

Neil Stuart, Chair
(June 1, 2010 – May 31, 2013)

Ratan Ralliaram, Vice Chair
(November 15, 2006 – November 14, 2012)

Kevin Conley
(June 27, 2007 – June 26, 2014)

Michael Cooper
(August 12, 2009 – August 11, 2012)

Malcolm Heins
(February 25, 2009 – February 24, 2012)

Shoba Khetrapal
(December 21, 2006 – December 20, 2012)

Marilyn Knox
(March 23, 2011 – March 22, 2014)

Patricia Lang
(June 20, 2007 – June 19, 2014)

Dr. Andreas Laupacis
(March 23, 2011 – March 22, 2014)

Dr. Wendy Levinson
(February 13, 2008 – February 12, 2014)

Stephen Roche
(September 20, 2006 – June 30, 2012)

Dr. Walter Rosser
(June 27, 2007 – June 26, 2014)

Dianne Salt
(April 7, 2010 – April 6, 2013)

Dr. Mamdouh Shoukri
(September 24, 2008 – September 23, 2011)

Betty-Lou Souter
(June 20, 2007 – June 19, 2013)

David Williams
(April 18, 2011 – April 17, 2014)

EXECUTIVE LEADERSHIP

Michael Sherar, PhD
President and CEO

Helen Angus
Vice President, Ontario Renal Network, CCO

Judy Burns
(A) Vice President, Planning & Regional Programs
(until October 2011)

Paula Knight
Vice President, Communications
(since January 2012)

Garth Matheson
Vice President, Planning & Regional Programs
(since October 2011)

Rick Skinner
Vice President, Chief Information Officer

Dr. Linda Rabeneck
Vice President, Prevention and Cancer Control

Elham Roushani
Vice President, Finance and
Chief Financial Officer (CFO)

Dr. Carol Sawka
Vice President, Clinical Programs and
Quality Initiatives

Pamela Spencer
Vice President, Corporate Services,
General Counsel, Chief Privacy Officer

Mitchell Toker
Vice President, Communications
(until August 2011)

CLINICAL LEADERSHIP

Dr. Julian Dobranowski
Provincial Head, Cancer Imaging Program

Dr. José Pereira
Provincial Head, Palliative Care Program

Audrey Friedman
Provincial Head, Patient Education Program

Esther Green
Provincial Head, Nursing and
Psychosocial Oncology Programs

Dr. Jonathan Irish
Provincial Head, Surgical Oncology Program

Dr. Leonard Kaizer
Provincial Head, Systemic Treatment Program

Dr. John Srigley
Provincial Head, Pathology and
Laboratory Medicine Program

Dr. Padraig Warde
Provincial Head, Radiation Treatment Program

PROVINCIAL LEADERSHIP

Claudia den Boer Grima
Regional Vice President, Erie St. Clair

Dr. Louis Balogh
Regional Vice President, Central

Brenda Carter
Regional Vice President, South East

Dr. Peter Dixon
Regional Vice President, Central East

Paula Doering
Regional Vice President, Champlain

Dr. Bill Evans
Regional Vice President,
Hamilton Niagara Haldimand Brant

Dr. Sheldon Fine
Regional Vice President, Peel Regional Cancer Centre,
Central West and Mississauga Halton

Dr. Mary Gospodarowicz
Regional Vice President, Toronto Central (PMH)

Garth Matheson
Regional Vice President, North Simcoe Muskoka
(until October 2011)

Dr. Craig McFadyen
Regional Vice President, Waterloo Wellington

Brian Orr
Regional Vice President, South West

Mark Hartman
(I) Regional Vice President, North East

Michael Power
Regional Vice President, North West

Dr. Andy Smith
Regional Vice President, Toronto Central (Odette)

ORN LEADERSHIP

Helen Angus
Vice President, Ontario Renal Network

Treva McCumber
Executive Lead, CKD Programs, Ontario Renal Network
(until August 2011)

Dr. Judith Miller
Provincial Medical Director and Ontario Renal Network
Provincial Lead, Early Identification and Prevention

Dr. Louise Moist
Provincial Lead, Vascular Access

Dr. Andreas Pierratos
Provincial Lead, Independent Dialysis

Dr. David Mendelssohn
Provincial Lead, Research and Innovation

Dr. Peter Magner
Provincial Lead, Chronic Kidney Disease Funding

ORN PROVINCIAL LEADERSHIP

Patricia Dwyer
Regional Director, Erie St. Clair

Carol Rhiger
Regional Director, South West

Peter Varga
Regional Director, Waterloo Wellington

Rick Badzioch
Regional Director, Hamilton Niagara Haldimand Brant

Elaine Chemeris
Regional Director, Central West

Nancy Webster
Regional Director, Mississauga Halton

Jill Campbell
Regional Director, Toronto Central

Melanie Tremblay
Regional Director, Central

Jay Wilson
Regional Director, Central East

Julie A. Gordon
Regional Director, South East

Janet Graham
Acting Regional Director, Champlain

Marni Van Kessel
Regional Director, North Simcoe Muskoka

Lise Corriveau
Regional Director, North East

Julia Salomon
Regional Director, North West

Cancer Care Ontario
Action Cancer Ontario

Rapport annuel
2011-2012

Ontario
Cancer Care Ontario
Action Cancer Ontario

Table des matières

LETTRE DU PRÉSIDENT ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE ACTION CANCER ONTARIO 2

À PROPOS DE ACTION CANCER ONTARIO . 6

PLAN POUR LA LUTTE CONTRE LE CANCER EN ONTARIO 7

FAITS SAILLANTS ET RÉALISATIONS 2011-2012

Services de cancérologie

Prévention et lutte contre le cancer (PLC)

Prévention 8
Surveillance 9
Recherche 10
Centre de recherche sur le cancer professionnel 10
Dépistage intégré du cancer 11
Programme ContrôleCancerColorectal 12
Programme ontarien de dépistage du cancer du sein 12
Soins primaires 13
Unité de lutte contre le cancer chez les peuples autochtones 14

Diagnostic

Programmes d'évaluation diagnostique . . . 16
Détermination des stades et pathologie . . . 17

Traitement

Gestion des voies pathologiques 18
Modèles de soins 18
Conférences multidisciplinaires sur le cancer . 19
Expérience des patients 20
Chirurgies contre le cancer 21
Radiothérapies 23
Radiothérapies à modulation d'intensité . . . 24
Radiothérapeutes cliniciens spécialisés . . . 27
Traitements systémiques 28
Programmes provinciaux de remboursement des médicaments 30
Imagerie du cancer 32
Oncologie moléculaire 32
Groupe collaboratif ontarien pour le traitement des symptômes du cancer 33
Programme pour les survivants 33
Supervision des services spécialisés. 34

Infrastructures

Projets d'immobilisations. 35

Gestion et technologie de l'information

Stratégie sur l'information (I^4)

Infrastructures – Le personnel, les processus et la technologie appropriés 36
Instrumentaliser le réseau – Outils et systèmes permettant de capturer et transmettre des données. 37

Programmes d'information

Programme d'information sur le cancer . . . 37
Programme d'information sur la prévention et la lutte contre le cancer 38
Informatique – L'art et la science de transformer des données en informations susceptibles de mener à des actions 39
Innovation – L'association de bonnes idées, de risques calculés et d'investissements stratégiques 39

ACCÈS AUX SOINS

Information sur les autres niveaux de soins . 40
Information sur les salles d'urgence. 40
Temps d'attente avant une imagerie diagnostique et une chirurgie 41
Programme de cibles d'efficacité en chirurgie (PCEC) 41
Réseau des soins cardiaques (RSC) 41

RÉSEAU RÉNAL DE L'ONTARIO (RRO) . . . 42

RESSOURCES HUMAINES 44

RAPPORT FINANCIERS 45

ANNEXES

Conseil d'administration. 62
Direction générale 62
Direction clinique. 63
Direction provinciale 63
Direction du RRO 64
Direction provinciale du RRO 64

Lettre du Président et du Président du conseil d'administration de Action Cancer Ontario

L'exercice 2011-2012 représente une autre année de progrès importants réalisés par Action Cancer Ontario, en collaboration avec nos partenaires, dans nos domaines essentiels d'activités que représentent la lutte contre le cancer, les maladies rénales chroniques et l'accès aux soins. Nous avons poursuivi nos efforts en vue de permettre à la population de l'Ontario de profiter des meilleurs réseaux possibles de soins de santé.

Nous avons réalisé ces progrès malgré l'évolution démographique continue qui entraîne le vieillissement et la croissance de la population et augmente la demande pour les soins de santé, et un contexte économique difficile qui rend plus nécessaires que jamais la responsabilité financière ainsi que l'optimisation des ressources.

Le Plan pour la lute contre le cancer en Ontario et la Commission Drummond sur la réforme de la fonction publique de la province font observer qu'en raison de ces difficultés, sans mesures appropriées en vue de modifier les soins de santé, les dépenses dans ce secteur et le réseau lui-même deviendront ingérables.

Pourtant, même si ces réalités fiscales et démographiques constituent une source de difficultés pour les soins de santé en Ontario, elles offrent également de vastes possibilités. Nous croyons que ACO a un rôle important à jouer dans cette transformation, pour faire en sorte que les soins de santé restent de grande qualité et que nous puissions en stabiliser les coûts. Nous pourrons accomplir cette tâche en profitant de nos actifs, de nos connaissances et des approches bien établies que nous avons élaborées et mises au point dans nos domaines d'activités essentielles en vue de redéfinir l'orientation et l'avenir des soins de santé en Ontario.

Nous nous acquitterons de cette tâche grâce à des stratégies qui allient financement et rendement, en multipliant nos efforts de prévention et en suscitant la prestation de soins de qualité, intégrés et axés sur le patient en vue de produire une plus grande valeur pour chaque dollar que nous consacrons à la santé.

Nous sommes donc en position de force. Au cours de l'exercice 2011-2012, nos initiatives ont continué de répondre aux besoins les plus urgents du réseau de soins de santé aujourd'hui et de consolider les fondations qui nous permettront d'être demain en meilleure santé.

LUTTE CONTRE LE CANCER

Au cours de l'exercice écoulé, nous avons :

- Élargi le Programme de dépistage du cancer du sein à environ 34 000 femmes de l'Ontario de 30 à 69 ans, qui sont exposées à un risque accru de cancer du sein en raison de leurs antécédents génétiques, personnels ou familiaux. Ces femmes peuvent maintenant passer dans le cadre du programme un examen de dépistage annuel du cancer du sein comportant une imagerie par RMN et une mammographie.
- Rédigé en collaboration avec Santé publique Ontario le document *Agir pour prévenir la maladie chronique : Recommandations pour une meilleure santé en Ontario*, rapport qui présente au gouvernement 22 recommandations sur la façon de réduire l'incidence des maladies chroniques.
- Élargi notre travail sur la détermination des stades du cancer et la pathologie grâce à un projet pluriannuel dirigé par ACO qui a permis d'accroître de façon substantielle la qualité et l'intégralité de la pathologie du cancer ainsi que des données sur les stades grâce à l'adoption de rapports standardisés. Ces données sont essentielles pour tous les patients atteints d'un cancer étant donné qu'elles permettent d'établir un diagnostic ou d'éliminer de façon précise et rapide la possibilité d'un cancer afin que les patients atteints de cette maladie reçoivent les traitements appropriés choisis en fonction de leur forme particulière de cancer tout en permettant le contrôle nécessaire de l'efficacité du traitement.
- Fait en sorte que les patients atteints d'un cancer aient un accès équitable aux traitements peu importe l'endroit où ils vivent en Ontario grâce à la construction ou à l'agrandissement de centres de traitement du cancer à Barrie, Kingston et St. Catharines-Niagara, en plus du remplacement des appareils de radiothérapie dans neuf centres régionaux de cancérologie.
- Inauguré la Voie diagnostique du cancer du poumon, première d'une série de cartographies pour les voies du cancer du poumon, colorectal, du sein et de la prostate. Ces plans constituent des instruments pour l'amélioration de la qualité qui permettront d'améliorer, lorsque la série sera entièrement réalisée en 2015, la qualité, l'accès, la pertinence et la coordination des soins des patients en fonction des meilleures données scientifiques. Élaborés à partir des données provenant de lignes directrices sur la pratique clinique locales, nationales et internationales en vue d'améliorer la qualité des soins, les processus et l'expérience des patients pour un type déterminé de cancer, ces plans sont essentiellement des organigrammes concrets qui fournissent un aperçu de haut niveau des soins que devraient recevoir les patients atteints d'un cancer en Ontario.
- Atteint la cible provinciale de 90 pour cent pour les chirurgies thoraciques réalisées dans un centre spécialisé. Il s'agit d'une réalisation importante étant donné que les résultats du patient, ce qui comprend une baisse de la mortalité et des complications réduites, sont directement reliés au nombre de chirurgies réalisées et à la disponibilité d'une formation chirurgicale et de ressources hospitalières spécialisées.

- Commencé à administrer le nouveau Programme de collecte de données (PCD) pour les médicaments contre. Ce programme vise à éliminer l'incertitude qui entoure les données cliniques et la rentabilité reliée à l'élargissement de la couverture des médicaments contre le cancer en Ontario. Le PCD a été élaboré pour compléter et rehausser le Programme de financement des nouveaux médicaments (PFNM) pour les médicaments contre le cancer, ainsi que le processus permettant la prise de décisions touchant le financement des médicaments. En 2011-2012, nous avons subventionné le premier médicament dans le cadre du PCD, soit l'herceptine, et au 13 mars 2012, 54 patients avaient eu accès à des fonds pour l'herceptine dans le cadre du programme.
- Remboursé, dans le cadre du Programme de financement des nouveaux médicaments (PFNM), qui subventionne les nouveaux médicaments contre le cancer, sont souvent très coûteux, lorsque leur administration est indiquée par des lignes directrices cliniques et des données pharmaco-économiques, plus de 25 000 patients pour un total de 27 médicaments contre le cancer couvrant 67 indications à un coût approximatif de 220 millions $. Au cours de l'exercice écoulé, six nouvelles indications pour le cancer ont été autorisées. Nous avons également collaboré étroitement avec les ministères interprovinciaux de la santé et les agences de cancérologie pour mettre en place un Comité permanent pancanadien pour le réexamen des médicaments (CPPRM), dans le cadre de nos efforts en vue de promouvoir un processus national d'examen des médicaments et de profiter de l'expertise clinique et pharmaco-économique de l'ensemble du Canada.

Grâce à ces initiatives et à de nombreuses autres, le taux de personnes qui survivent à un cancer est en hausse. Ce phénomène reflète en partie les progrès que nous avons réalisés au fur et à mesure des multiples Plans pour la lutte contre le cancer en Ontario. Dans son rapport 2011, l'Indice de qualité du réseau de cancérologie établit que les patients atteints d'un cancer en Ontario ont aujourd'hui les meilleures chances de survie que partout ailleurs dans le monde.

Ces progrès se poursuivent dans le cadre du Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario III, qui porte sur les années 2011 2015. Nous poursuivons ainsi nos efforts essentiels dans le secteur de la prévention, du dépistage, du diagnostic, du traitement, du suivi et des soins palliatifs.

Mais le rapport poursuit également d'autres objectifs en matière de soins de santé étant donné que nous pouvons appliquer notre vaste base de connaissances et nos approches établies grâce à nos efforts de lutte contre le cancer en vue de résoudre d'autres difficultés auxquelles est confronté le réseau de soins de santé de l'Ontario.

Par exemple, nous avons appliqué nos connaissances sur le cancer, nos instruments et notre expérience en vue d'établir le Réseau rénal de l'Ontario (RRO) et de lui donner le mandat de mettre en œuvre un réseau de première envergure pour la prestation des soins aux patients atteints d'une maladie rénale chronique (MRC).

RÉSEAU RÉNAL DE L'ONTARIO

En 2011-2012, nous avons :

- Dirigé l'élaboration d'un modèle de financement fondé sur les patients pour les maladies rénales chroniques en vue d'assurer la prestation de soins davantage intégrés. Cette nouvelle approche constitue une plateforme qui permet d'accroître la responsabilité en matière de financement en suivant les patients au fur et à mesure de la prestation de leurs soins plutôt que d'attribuer les fonds en vertu du modèle traditionnel de « paiement à l'acte ».
- Rendu public un Atlas des maladies rénales chroniques (MRC), instrument novateur basé sur le web qui affiche des données sur la capacité du système et les ressources, ainsi que des mesures portant sur la prestation des services, les résultats des soins et la qualité.
- Élaboré le premier Plan rénal pour les années 2012-2015. Rendu public au début de l'exercice 2012-2013, le Plan, qui est axé sur les patients, traite de sept priorités essentielles visant à améliorer la prestation des services rénaux dans la province.
- Remis en vigueur la participation au Système de signalement rénal de l'Ontario (SSRO), qui vise à recueillir en temps opportun des données sur les MRC et les dialyses rénales en vue d'accroître le rendement et la responsabilité du réseau.

ACCÈS AUX SOINS

L'accès aux soins (AAS), c'est-à-dire la prestation de soins appropriés et de qualité à l'endroit et au moment où le patient en a besoin, reste une priorité importante pour la population de l'Ontario. Le programme d'Accès aux soins, hébergé par ACO, est un agent de prestation de services pour la Stratégie sur les temps d'attente de l'Ontario et la Stratégie sur les salles d'urgence et les autres niveaux de soins.

L'objectif général du programme d'AAS de ACO est de susciter des améliorations au plan de l'accès, de la qualité et de l'efficacité des services de soins de santé grâce aux services de gestion de l'information/Technologie de l'information (GI/TI) qu'offre ACO aux hôpitaux, aux RLIS et au MSSLD.

Au cours de l'exercice écoulé, en matière d'Accès aux soins, nous avons :

- Travaillé avec près de 100 hôpitaux de la province en vue de mettre en place la collecte de données sur l'Attente 1, c'est-à-dire le temps d'attente pour les patients entre l'orientation vers une consultation et la première consultation avec un chirurgien spécialiste. Ces données nous permettent de mieux comprendre les temps d'attente avant une chirurgie et les pressions actuelles qui s'exercent sur le réseau de soins de santé, pour prendre des décisions plus éclairées sur l'affectation des ressources et contribuer à déterminer les possibilités d'une plus grande efficacité.

- Continué de faire preuve de leadership clinique et de détermination, en plus d'appliquer des méthodologies ultramodernes de gestion de projets, afin d'élaborer des solutions d'information et de les déployer dans les organismes de soins de santé de la province. À leur tour, ces organismes les appliquent pour réduire les temps d'attente et améliorer l'accès des patients aux services de soins de santé.
- Mis en place, dans le cadre du Système d'information sur les temps d'attente (SITA), la capacité de recueillir pratiquement en temps réel des données sur les Autres niveaux de soins (ANS) sur les patients dans 114 hôpitaux.
- Élargi l'Initiative ambulatoire nationale sur les salles d'urgence (IANSU) pour y inclure cinq nouveaux éléments de données se rapportant aux consultations spécialisées dans 92 hôpitaux.
- Adopté une nouvelle définition de ce qui constitue le dépistage préalable à l'admission pour les patients en chirurgie et une cible pour le pourcentage de patients ayant fait l'objet d'un dépistage avant la chirurgie pour le Programme des cibles d'efficacité en chirurgie (PCEC).

Le succès de bon nombre de ces initiatives dépend de la capacité de ACO à profiter du pouvoir de l'information afin d'utiliser de façon créatrice et approfondie les données produites par les réseaux de soins de santé de l'Ontario.

Les capacités de ACO en matière de GI/TI permettent de répondre aux besoins en matière de réduction des coûts, de gestion des ressources et d'amélioration des soins aux patients, et joueront un rôle essentiel au fur et à mesure de la transition des modèles d'activités fondés sur le paiement à l'acte vers un financement fondé sur le patient et l'adoption d'objectifs de rendement axés sur la qualité des résultats.

Comme le montrent ces exemples, nous élaborons et mettons en place des programmes dans le cadre de nos mandats qui aident l'Ontario à faire des gains, non seulement dans nos secteurs d'activité essentiels, mais aussi dans l'ensemble du réseau élargi de soins de santé.

Pourtant, il reste encore beaucoup de travail à accomplir. Ces temps difficiles nécessitent l'adoption de stratégies et d'instruments novateurs. C'est pourquoi, grâce à l'orientation et au soutien de notre Conseil d'administration, nous avons élaboré la première Stratégie d'affaires de Action Cancer Ontario, qui met à profit les programmes, l'expérience et les approches de ACO et d'autres intervenants en vue de concrétiser les résultats de nos efforts et d'assurer l'amélioration élargie du réseau de soins de santé. La stratégie intitulée *Une meilleure santé en Ontario, l'avenir de notre santé se prépare avec soin*, trace le chemin à parcourir pour les six prochaines années. Elle a été élaborée en fonction d'un ensemble de principes d'orientation, notamment la détermination à placer la population de l'Ontario au cœur même de toutes nos activités et de toutes les décisions que nous prenons.

Les maladies chroniques sont associées au vieillissement. Il est donc facile de comprendre que malgré des ressources financières plus difficiles à mettre en place, un plus grand nombre de citoyens de l'Ontario devront vivre avec une personne atteinte d'une maladie chronique ou lui dispenser des soins.

Voici quelques sujets de réflexion :

- Le nombre de personnes exposées à des facteurs de risque de maladies rénales chroniques est en hausse.
- D'ici 2015, le nombre de personnes ayant reçu un diagnostic de cancer devrait s'accroître de 50 pour cent par rapport aux chiffres de 1999.
- 45 pour cent des hommes et 40 pour cent des femmes de l'Ontario seront confrontés au cancer au cours de leur vie.

Notre Stratégie d'affaires vise à nous orienter en vue de résoudre activement ces difficultés. Elle a été élaborée pour nous inviter à passer à l'action et faire en sorte que Action Cancer Ontario travaille de concert avec ses partenaires pour assurer la viabilité des réseaux de soins de santé de l'Ontario.

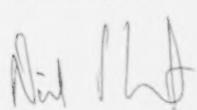
Elle comporte cinq secteurs principaux d'activités qui sont essentiels en vue de résoudre les difficultés principales auxquelles est exposé le réseau de soins de santé de l'Ontario. Ensemble, elles déterminent le cadre de travail des prochains efforts que déploiera ACO en matière de santé :

1. Soins axés sur le patient, qui donneront aux patients un rôle important dans l'élaboration et la prestation de leurs soins et en feront des participants plus actifs. Nous avons déjà réalisé des progrès dans ce secteur grâce à l'adoption d'instruments comme la Solution de voie électronique – Programme d'évaluation diagnostique, qui harmonise et coordonne le processus de diagnostic du cancer pour les patients et leur donne un point d'accès unique et intégré pour l'ensemble de l'information qui les concerne, notamment les rendez-vous.
2. Prévention des malades chroniques, qui représentent environ 55 pour cent des coûts directs et indirects en matière de santé. L'incidence des maladies chroniques est en hausse et, dans un contexte de contrainte financière, la prévention de ces maladies avant qu'elles ne fassent leurs ravages peut contribuer à réduire les coûts des soins de santé. Pour réduire la charge des maladies chroniques, nous adoptons une approche en plusieurs volets, qui comprend notamment des innovations en matière de santé publique et de nouvelles approches visant à inciter la population à mieux s'alimenter et à cesser de fumer.

3. Soins intégrés qui permettront d'ériger un réseau structuré de prestations de soins de santé susceptibles d'améliorer la coordination de ces services entre les parties discontinues de notre réseau de soins de santé. Le cheminement des patients se prolonge souvent dans des contextes multiples, notamment les soins primaires, les hôpitaux, les établissements communautaires et les soins à domicile, et pendant la transition entre les divers éléments du réseau, le patient continue d'éprouver des difficultés (notamment au plan des communications avec les fournisseurs de soins) susceptibles de nuire à son expérience et à ses résultats. Les soins intégrés permettront d'éliminer la fragmentation et les écarts au plan des soins en vue de réduire le dédoublement des efforts, d'assurer l'utilisation appropriée de ressources raréfiées, de produire des économies substantielles, d'améliorer les soins dispensés aux patients et de susciter la responsabilité.
4. Optimisation des ressources pour répondre au besoin urgent de durabilité de notre réseau de soins de santé. ACO joue un rôle de premier plan dans ce secteur grâce à diverses initiatives comme notre Programme pour les survivants au cancer, qui standardise les pratiques de suivi pour diverses formes de cancer afin que les soins les plus appropriés soient prodiguées dans le cadre le meilleur en vue d'accroître l'efficacité et la rentabilité des services.
5. Mise en commun et soutien des connaissances, qui reconnaisse que nous avons la responsabilité de partager nos connaissances, nos approches et notre expertise, qui découlent de nos investissements, afin de maximiser l'utilisation efficace des ressources, d'éviter la duplication de nos efforts, de réduire les coûts et d'améliorer l'efficacité générale du réseau de santé.

Chez Action Cancer Ontario, nous voulons avant tout innover. Nous avons un personnel consciencieux et des partenaires dévoués, qui comprennent nos objectifs communs et sont déterminés à les réaliser. Avec notre nouvelle stratégie, nous nous sommes engagés à accomplir patiemment le travail nécessaire pour consolider les fondations d'un avenir où nous jouirons d'une meilleure santé.

Nous sommes prêts.



Neil Stuart, Board Chair

Michael Sherar, PhD, President and CEO

À propos de Action Cancer Ontario (ACO)

Action Cancer Ontario, qui est un organisme du gouvernement de l'Ontario, favorise la qualité et l'amélioration continue de la prévention et du dépistage de la maladie, la prestation des soins et l'expérience des patients pour le cancer, les maladies rénales chroniques et l'accès aux soins touchant les services essentiels de santé.

Réputé pour son innovation et son approche fondée sur les résultats, ACO dirige la planification pluriannuelle du réseau, établit des contrats de services avec les hôpitaux et les fournisseurs, élabore et met en œuvre des systèmes d'information, rédige des lignes directrices et des normes et assure le suivi des cibles de rendement pour susciter des améliorations dans l'ensemble du réseau de cancérologie et de traitement des maladies rénales chroniques (grâce au Réseau rénal de l'Ontario) et pour améliorer l'accès aux soins.

ACO a vu le jour en avril 1943 sous le nom de Fondation ontarienne pour la recherche en cancérologie et le traitement du cancer. Plus d'un demi-siècle plus tard, en 1997, ACO a été inauguré officiellement et subventionné à titre d'organisme du gouvernement de l'Ontario. ACO est régi par la Loi sur le cancer et relève du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD). Les liens qui l'unissent au ministère sont décrits dans un Protocole d'entente officielle signé en décembre 2009.

À titre de conseiller du gouvernement sur les questions relatives au cancer, ACO :

- Dirige et supervise l'attribution de plus de 800 millions $ de fonds aux hôpitaux et autres fournisseurs de services de cancérologie en vue de leur permettre de dispenser au moment opportun des services de cancérologie de grande qualité et d'améliorer l'accès aux soins.
- Met en œuvre les programmes provinciaux de prévention et de dépistage du cancer.
- Collabore avec les spécialistes et les organismes de cancérologie en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des normes et des mesures d'amélioration de la qualité.
- Utilise des technologies et de l'information électroniques pour soutenir le travail des spécialistes de la santé, assurer l'auto-administration des soins par les patients et améliorer continuellement la sécurité, la qualité, l'efficacité, l'accessibilité et la responsabilité des services de lutte contre le cancer en Ontario.
- Planifie les services de cancérologie afin de répondre aux besoins actuels et futurs des patients, et travaille de concert avec les fournisseurs de soins de santé de tous les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLIS) afin d'améliorer continuellement les soins de cancérologie destinés aux populations qu'ils desservent.
- Réaliser des recherches et assurer la transposition rapide des recherches internes et externes en améliorations et innovations pour la pratique clinique et la prestation des services de cancérologie.

Si l'image publique de ACO est étroitement liée à la lutte contre le cancer, nous avons également constitué et accueilli dans nos locaux le nouveau Réseau rénal de l'Ontario ainsi que le Programme d'accès aux soins du gouvernement de l'Ontario, qui contribue à la concrétisation de la Stratégie sur les temps d'attente du gouvernement de l'Ontario.

RÉSEAU RÉNAL DE L'ONTARIO (RRO)

En 2009, ACO a constitué le Réseau rénal de l'Ontario (RRO) en partenariat avec le MSSLD afin de prendre la direction d'un effort provincial visant à mieux organiser et gérer la prestation des services rénaux aux patients atteints d'une maladie rénale chronique (MRC). Le RRO a ses bureaux dans les locaux de ACO. Par le biais de 26 programmes régionaux de traitement des MRC, il cherche à améliorer la qualité des soins rénaux dans toute la province.

L'objectif du RRO est d'améliorer le traitement des maladies rénales chroniques (MRC) en prévenant ou en retardant la nécessité des dialyses, en élargissant les possibilités thérapeutiques appropriées pour les patients et en améliorant la qualité des soins à chacune des étapes du traitement des MRC.

ACO supervise le RRO et établit sa structure de direction et de responsabilité en vue de favoriser la mise en œuvre d'un réseau de premier rang pour la prestation des soins aux citoyens de l'Ontario atteints d'une MRC.

ACCÈS AUX SOINS (AAS)

En 2004, les Premiers ministres des provinces canadiennes se sont engagés à réduire les temps d'attente pour les services de santé essentiels. En Ontario, cet engagement a donné lieu à la Stratégie sur les temps d'attente du MSSLD et à sa stratégie ultérieure sur les Salles d'urgences/autres niveaux de soins (SU/ANS).

Le succès de ces initiatives repose sur des capacités technologiques et d'information susceptibles de recueillir et de compiler des données exactes, fiables et à jour sur les temps d'attente. ACO a reçu le mandat d'élaborer et mettre en œuvre le Système d'information sur les temps d'attente (SITA) afin de capturer et compiler ces données pratiquement en temps réel. Par la suite, il a mis en place les éléments essentiels de la Stratégie d'information SU/ANS.

En sa qualité d'agent de prestation des services pour la Stratégie sur les temps d'attente et la Stratégie d'information SU/ANS, l'AAS assure l'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'efficacité des services de soins de santé. Ce programme contribue également à réduire les temps d'attente en mettant en œuvre et en appliquant des solutions GI/TI et en assurant le suivi des patients à chacune des étapes de la prestation de leurs soins. De plus, ACO gère des programmes d'accès spéciaux, par exemple la tomographie par émission de positrons pour les indications non assurées. Ces activités font l'objet d'un mandat par le biais d'ententes distinctes de responsabilités établies entre ACO et le MSSLD.

Le Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario (PLCO)

Depuis 2005, Action Cancer Ontario (ACO) élabore des plans pluriannuels pour la lutte contre le cancer dans la province. Ces plans tracent la voie pour les soins de cancérologie et établissent de nouvelles méthodes permettant aux spécialistes et organismes de santé, aux spécialistes du cancer et aux responsables gouvernementaux de travailler de concert avec ACO afin de prévenir le cancer et de lutter contre cette maladie tout en améliorant la qualité des soins pour les patients actuels et futurs.

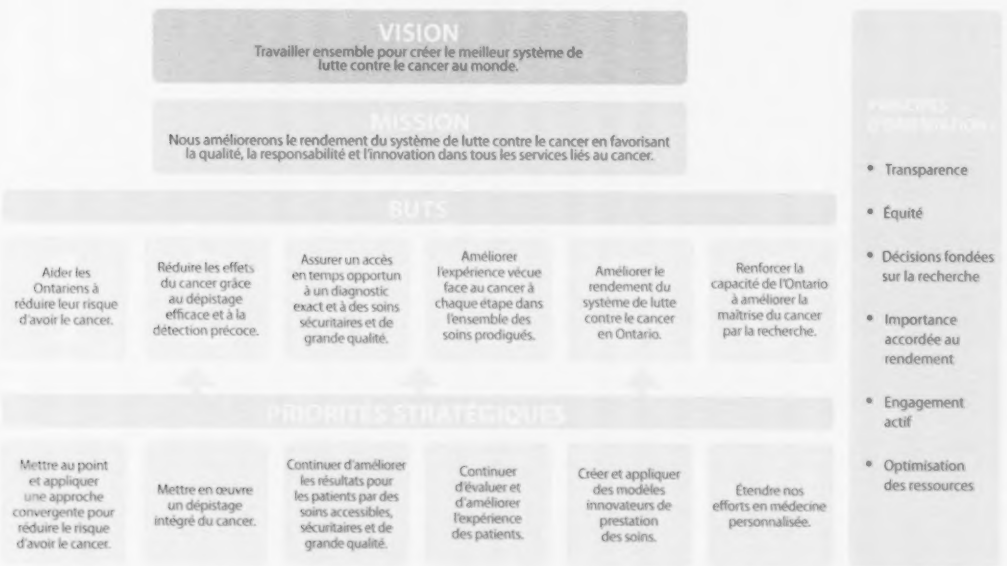
Le premier PLCO, qui portait sur les années 2005-2008, a mis l'accent sur l'élargissement des capacités du réseau. Le deuxième, qui visait les années 2008-2011, a permis principalement de réduire les temps d'attente, d'améliorer la qualité des soins, le dépistage, le diagnostic et les traitements, en plus d'élargir encore davantage les capacités. En 2011, ACO a inauguré son troisième Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario (PLCO III), qui porte sur les années 2011-2015.

Le PLCO III poursuit la transformation des services de cancérologie dans la province, notamment grâce à l'élaboration de nouveaux modèles pour la prestation des soins axés sur le patient.

L'élaboration du PLCO III a mis l'accent sur des résultats quantifiables et les consultations avec les patients. L'expérience des patients est au centre du PLCO III, qui reconnaît que les patients doivent disposer :

- D'une meilleure emprise sur leurs propres soins en vue d'améliorer leur satisfaction et leurs résultats
- D'un accès à des instruments leur permettant d'évaluer et de communiquer efficacement leurs symptômes pour qu'ils puissent être mieux traités par les fournisseurs de soins de santé.
- D'un accès à des ressources et à des informations qui répondent à l'ensemble de leurs besoins physiques, psychologiques et pédagogiques à chacune des étapes de leur cheminement au sein du réseau.

Le PLCO III repose sur un engagement à l'égard de la qualité en matière de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement, de suivi et de soins palliatifs. Il sera rentable en assurant l'optimisation des ressources, la gestion de la croissance des coûts à long terme, l'amélioration des résultats pour les patients et l'augmentation de la satisfaction des patients. ACO évaluera les progrès enregistrés en fonction des engagements à l'égard du PLCO III et de ses incidences sur le réseau de cancérologie.



Faits saillants et réalisations 2011-2012

Services de cancérologie

Prévention et lutte contre le cancer (PLC)

Le portfolio intégré de PLC de ACO comporte six unités fonctionnelles qui collaborent en vue de soulager la charge du cancer en réduisant le nombre de personnes atteintes de la maladie ainsi que les conséquences pour les patients grâce à un dépistage précoce et efficace.

Le portfolio de PLC est principalement organisé par fonction :

- Unités de recherche et de surveillance, qui élaborent de nouvelles connaissances en vue de les traduire en politiques, plans, normes, lignes directrices et communications.
- Dépistage intégré du cancer, qui dispense des programmes dans la collectivité, en plus de préciser les besoins et les possibilités qui nécessitent des recherches et un soutien de surveillance.
- Unité de lutte contre le cancer chez les peuples autochtones et Centre de recherche sur le cancer professionnel (CRCP) qui mettent l'accent sur les populations ayant des besoins spéciaux.
- Transposition et échange de politiques, de planification et de connaissances (TEPPC), pour accueillir le centre de pratique pour les soins primaires.

ACO concrétise l'une de ses priorités, qui consiste à aider la population de l'Ontario à réduire les risques d'apparition d'un cancer grâce à des stratégies et mesures de prévention, en fonction de données convaincantes à propos des types de comportements ou expositions qui accroissent les risques d'apparition d'un cancer.

La PLC met l'accent sur les points suivants :

- Prévention
- Surveillance
- Recherche
- Recherche sur le cancer professionnel
- Dépistage intégré du cancer
- Soins primaires
- Lutte contre le cancer chez les peuples autochtones

PRÉVENTION

Même s'il reste beaucoup de choses à apprendre sur les causes du cancer, nous savons que le mode de vie et les facteurs d'exposition peuvent accroître ou diminuer les risques d'apparition de la maladie. Les principaux facteurs de risques susceptibles d'être modifiés sont notamment le tabagisme, la consommation d'alcool, l'inactivité physique et une mauvaise alimentation. ACO participe à un certain nombre d'activités de prévention en vue de concrétiser sa priorité consistant à abaisser les risques d'apparition du cancer dans la population de l'Ontario.

Faits saillants

Lutte contre le tabagisme

En 2011-2012, ACO a poursuivi son travail de lutte contre le tabagisme :

- En contribuant à la Stratégie pour un Ontario sans fumée grâce à sa collaboration avec le Groupe de travail sur l'abandon du tabagisme et le groupe sur les projets d'amélioration conjointe des capacités hospitalières pour contrer le tabagisme.
- En participant aux discussions du Forum sur la santé McMaster touchant l'élargissement et la mise en place de mesures de soutien hospitalières pour l'abandon du tabagisme en Ontario.
- En élaborant et passant en revue un inventaire des activités d'abandon du tabagisme des Programmes régionaux de cancérologie (PRC) afin de mettre sur pied un modèle régional.
- En constituant un Comité de direction sur l'abandon du tabagisme en vue d'assurer l'orientation stratégique nécessaire pour la planification et la mise en œuvre d'activités d'abandon du tabagisme intégrées et axées sur les PRC en 2012 2013.

Centre de consultation et de formation sur le programme

En 2011-2012 :

- Nous avons assuré une formation et des consultations périodiques tout en favorisant l'acquisition et l'échange de connaissances pour les intervenants en santé publique qui collaborent à la lutte contre le tabagisme.
- Nous avons réalisé d'importants progrès dans l'élaboration et la prestation de programmes de formation et de renforcement des capacités pour les services de santé publique de l'Ontario.

Plan directeur pour la prévention des maladies chroniques

En 2011-2012 :

- ACO a élaboré et diffusé en collaboration avec Santé publique Ontario (SPO) le rapport Agir pour prévenir la maladie chronique : Recommandations pour une meilleure santé en Ontario. Ce rapport présente 22 recommandations qui préconisent des mesures fondées sur la recherche en vue d'orienter une stratégie provinciale susceptible :
  - De réduire dans la population les expositions au tabac, à l'alcool, à l'inactivité physique et à une mauvaise alimentation.

- D'établir une capacité pour la prévention des maladies chroniques.
- De viser l'équité en matière de santé.

Réduction des risques

En 2011-2012 :

- Nous avons mené à bien des examens de la documentation spécialisée et élaboré des algorithmes qui permettront aux fournisseurs de soins et au public de mieux comprendre les profils individuels de risque et d'adopter les mesures nécessaires pour les modifier. ACO s'appuiera sur ces algorithmes pour élaborer des instruments pour l'évaluation des risques en ligne.

Recherche

En 2011-2012 :

- Le programme PLC a inauguré un certain nombre de programmes de recherche sur des maladies chroniques complexes, ainsi que des études étiologiques qui sous-tendent les efforts de prévention.

Préparer l'avenir

En 2012-2013 :

- ACO se concentrera sur la mise en place des 22 recommandations du rapport Agir pour prévenir la maladie chronique : Recommandations pour une meilleure santé en Ontario, et sur la poursuite des activités visant l'abandon du tabagisme.

L'un des principaux objectifs du PLCO III est de contribuer à prévenir le cancer par le biais d'une approche axée sur la réduction des risques et d'autres initiatives connexes.

D'ici 2015, ACO entend :

- Diffuser dans le public des mesures de rendement pour les initiatives de prévention du cancer.
- Fournir aux médecins en soins primaires les instruments dont ils ont besoin pour aider leurs patients à modifier leurs risques.
- Établir un instrument en ligne permettant aux citoyens de l'Ontario de calculer leur profil de risque de cancer et indiquer les ressources locales disponibles permettant de réduire les risques.
- Faire en sorte que les Centres régionaux de cancérologie jouent le rôle de modèles dans la mise en œuvre d'initiatives visant la réduction des risques de cancer.

SURVEILLANCE

L'Unité de prévention et de surveillance du cancer contrôle les progrès enregistrés dans la lutte contre cette maladie, recueille des données fondées sur la recherche touchant le cancer, les facteurs de risque de cancer et le dépistage, et prépare et distribue de l'information pertinente aux intervenants internes et externes. Elle s'acquitte de son mandat de diverses façons :

- En élaborant des indicateurs et des analyses sur les facteurs de risque, la charge du cancer et l'évaluation du dépistage.
- En mettant sur pied des stratégies spéciales visant à contrôler les facteurs de risque, la charge du cancer et les comportements particuliers de divers groupes en matière de dépistage, notamment les populations autochtones.
- En fournissant de l'information, des consultations et des conseils aux autres unités de ACO et aux intervenants externes.
- En élaborant et en mettant en commun des produits et stratégies pour l'échange des connaissances.
- En réalisant des recherches connexes.

En 2011-2012 :

- Nous avons joué un rôle essentiel dans la planification et la préparation du document Agir pour prévenir la maladie chronique : Recommandations pour une meilleure santé en Ontario en fournissant des documents, des données et des commentaires explicatifs sur les recherches qui relient les facteurs de risque importants et le cancer, la charge du cancer en Ontario, la nécessité d'établir des mesures structurées et les recommandations touchant les mesures au niveau de la population sur l'activité physique et la consommation d'alcool.
- En vue d'assurer l'élargissement du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) afin d'y inclure les femmes de 30 à 69 ans exposées à un risque élevé de cancer du sein, le personnel de l'Unité de surveillance a travaillé en collaboration :
  - Avec des chercheurs et des directeurs cliniciens en vue d'établir des indicateurs.
  - Avec le personnel du programme pour constituer des modèles de rapport et éliminer les problèmes de qualité que présentaient les données afin de favoriser l'évaluation de l'élargissement du programme.

Préparer l'avenir

En 2012-2013 :

- Nous poursuivrons notre série de publications Le cancer en Ontario avec un rapport sur les facteurs de risque du cancer. Nous approfondirons également nos efforts de surveillance dans des populations particulières, mettrons l'accent sur la préparation et la diffusion accrues de produits et de données sur la surveillance et assurerons l'évaluation du programme pour le dépistage intégré du cancer. La province et ACO seront mieux en mesure de planifier, de subventionner et d'évaluer nos services de cancérologie en sachant quels sont les types de cancer qui atteignent les divers groupes d'âge, ce à quoi la survie ressemble, si les taux de mortalité sont en hausse ou en baisse, s'il y a davantage de gens qui vivent avec un cancer et quelles sont les personnes qui profitent ou non des examens de dépistage du cancer du col de l'utérus, du sein ou colorectal.

RECHERCHE

Les objectifs de l'Unité de la recherche sont les suivants :

- Accroître les connaissances sur la distribution et les causes du cancer et les déterminants des causes du cancer, et étudier diverses questions comme le désir de changement et les facteurs pertinents pour les interventions visant à réduire les risques de cancer.
- Associer la production de nouvelles connaissances à des politiques et pratiques visant à renforcer et élargir le Centre de recherche sur l'excellence au sein de la PLC.

Par le biais du groupe sur la recherche clinique et la transposition des connaissances, les chercheurs de la province reçoivent également des fonds dans quatre domaines importants : imagerie du cancer, services de santé, études de la population et traitements expérimentaux. Des fonds sont ainsi attribués aux Chaires de recherche de ACO, aux réseaux et aux Unités de recherche appliquée sur le cancer (URAC).

Faits saillants

En 2011-2012, ACO :

- A poursuivi sa participation au International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP), qui cherche à comprendre comment et pourquoi les taux de survie du cancer varient entre l'Australie, le Canada, le Danemark, la Norvège, la Suisse et le Royaume-Uni.
- A attribué en juillet les premières subventions de l'URAC. Le budget annuel de 2,5 millions $ attribué à l'heure actuelle aux 19 Chaires de recherche de ACO a permis de réunir des subventions additionnelles de 21 millions $ en raison de ce programme de bourses, afin de maintenir des activités de recherche essentielles.
- A accru sa capacité à réaliser des analyses géospatiales et à favoriser la santé publique.
- A entrepris d'élaborer un instrument en ligne pour l'évaluation des risques de cancer à l'intention de l'ensemble des citoyens de l'Ontario.

Préparer l'avenir

ACO entend :

- Réaliser des recherches afin de mieux comprendre les facteurs de risque qui peuvent être prévenus et leurs déterminants.
- Élaborer et mettre à l'essai des interventions visant la prévention et le dépistage au sein de la population.
- Consolider le réseau provincial et national de collaboration entre les chercheurs.
- Organiser à l'automne 2012 l'appel d'offres pour les chaires de recherche.
- Entreprendre le Module III (croyances, comportements et systèmes en soins primaires) et le Module IV (cause profonde des retards de diagnostic et de traitement) de l'ICBP.

CENTRE DE RECHERCHE SUR LE CANCER PROFESSIONNEL (CRCP)

Le cancer professionnel est provoqué en tout ou en partie par une exposition à des carcinogènes sur les lieux de travail. Le Centre de recherche sur le cancer professionnel (CRCP) a été constitué afin de mieux comprendre les cancers reliés aux milieux de travail et de traduire ces connaissances en programmes de prévention visant à réduire les expositions aux carcinogènes professionnels et à améliorer la santé des travailleurs.

Le CRCP est subventionné par ACO, la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail et la Division ontarienne de la Société canadienne du cancer, et a été mis sur pied avec la collaboration du Syndicat des métallos unis. Le CRCP est géré par ACO, dont il relève et dont il occupe les locaux. De plus, le CRCP dispose d'un réseau provincial de collaborateurs, qui comprend des chercheurs, des étudiants stagiaires de troisième cycle et des scientifiques invités et adjoints.

Faits saillants

En 2011-2012 :

- Le Dr Paul Demers a été nommé directeur permanent du CRCP. Il était auparavant directeur de l'École de santé environnementale de l'Université de la Colombie-Britannique et directeur scientifique de CAREX Canada, équipe multidisciplinaire de chercheurs de l'UCB.
- Dix-sept nouveaux projets ou projets en cours étaient en activité dans tous les secteurs (surveillance, causes et interventions) du programme de recherche du CRCP. Douze de ces projets sont des projets continus qui reçoivent un financement de base, et cinq sont de nouveaux projets bénéficiant de subventions particulières.
- Le CRCP a de plus organisé deux rencontres publiques d'envergure : son congrès annuel, qui a mis l'accent sur l'évaluation de la charge du cancer professionnel, et un symposium sur les incidences pour la santé du travail par quarts, qui a été commandité en partie par l'Institute for Work and Health.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Continuerons d'élargir notre programme de recherche et ses capacités en matière de cancer professionnel, et de mettre en commun des connaissances avec des intervenants diversifiés. De nouvelles initiatives porteront également sur les sujets suivants :
  - Évaluer les coûts économiques et humains du cancer professionnel en Ontario et dans le reste du Canada.
  - Assurer la surveillance du cancer professionnel en reliant les données du Recensement de 1991 à celles du registre national des tumeurs.
  - Organiser diverses activités publiques, notamment un atelier sur la classification des carcinogènes et un symposium sur les interventions qui réduisent les effets nocifs du travail par quarts.
  - Participer à des projets de recherche en collaboration avec des chercheurs de l'ensemble du Canada, des États-Unis, du Royaume-Uni, de la France et de la Finlande.

Ces études, en plus de favoriser une meilleure compréhension des causes du cancer professionnel, permettront de recueillir les données nécessaires pour élaborer des décisions éclairées sur la réglementation des carcinogènes sur les lieux de travail et contribueront à soutenir les efforts volontaires déployés par les employeurs afin de réduire ou d'éliminer les expositions professionnelles.

DÉPISTAGE INTÉGRÉ DU CANCER

Le dépistage du cancer en vue de déceler la maladie à un stade précoce permet de sauver des vies. En 2007, l'Ontario s'est engagée à accroître le dépistage précoce et à faciliter le traitement efficace du cancer en vue d'améliorer les taux de dépistage du cancer colorectal, du sein et du col de l'utérus. A cette fin, ACO a élaboré une stratégie sur le Dépistage intégré du cancer (DIC), en collaboration avec le MSSLD, avec les objectifs suivants :

- Accroître la participation des patients aux examens de dépistage.
- Améliorer le rendement des fournisseurs de soins primaires en matière de dépistage.
- Établir un réseau de dépistage intégré, de grande qualité, doté d'une infrastructure de gestion de l'information et de technologie.

Le cancer du sein est la forme de cancer la plus fréquemment diagnostiquée chez les femmes de l'Ontario; 80 pour cent des cas de cancer du sein sont décelés chez des femmes de 50 ans et plus. Au cours des prochaines années, le nombre de citoyens ontariens qui reçoivent un diagnostic de cancer ira en augmentant en raison de la croissance et du vieillissement de la population. En 2015, il devrait y avoir :

- 50 000 femmes de plus admissibles chaque année au dépistage du cancer du sein.
- 62 000 femmes de plus admissibles chaque année au dépistage du cancer du col de l'utérus.
- 119 000 hommes et femmes admissibles au dépistage du cancer colorectal.

Le programme DIC met en rapport le dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal au niveau régional et la prestation des services grâce à la participation des médecins en soins primaires, des spécialistes et des intervenants régionaux. Cette intégration vise à permettre aux patients, aux fournisseurs et aux planificateurs du réseau de santé d'améliorer la qualité, d'accroître la participation au dépistage et d'assurer un meilleur suivi des examens anormaux en vue de réduire la mortalité.

Faits saillants

En 2011-2012, ACO et le MSSLD ont mis l'accent sur les activités suivantes :

- Élaborer et mettre en place un programme de DIC.
- Accroître la participation.
- Rehausser la capacité régionale.
- Favoriser la participation des soins de soins primaires.

À cette fin, nous avons :

- Élargi le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein pour y intégrer les femmes exposées à un risque élevé de cancer du sein.
- Établi la capacité de DIC dans chacun des programmes régionaux de cancérologie.
- Renforcé le leadership clinique et scientifique dans les trois secteurs du dépistage.
- Élaboré des lignes directrices pour le dépistage du cancer du col de l'utérus ainsi que pour un Test immunochimique fécal (TIF) dans le cadre de notre Programme de soins fondés sur la recherche.
- Assuré la participation des fournisseurs dans la planification, la prestation et l'évaluation des programmes de dépistage.
- Accru les mesures de rendement et adapté les rapports d'activités sur le dépistage colorectal à l'intention des fournisseurs de soins primaires.
- Financé :
  - Deux caravanes mobiles afin de mettre en place des initiatives de dépistage auprès des populations qui passaient peu d'examens ou n'en passaient jamais à Thunder Bay et Hamilton.
  - Six initiatives visant à accroître la participation au dépistage dans les populations qui participaient peu ou n'avaient jamais participé au dépistage.
- Élargi les systèmes de GI/TI, notamment l'outil InScreen(MD) pour intégrer les examens de dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal; ajouté une nouvelle capacité en vue d'améliorer la segmentation de la population, la sensibilisation à la participation et la préparation de rapports.
- Élargi la préparation de rapports sur le rendement du dépistage.

CONTRÔLECANCERCOLORECTAL

Le cancer colorectal est la troisième forme de cancer la plus courante en Ontario, même si cette maladie a 90 pour cent des chances d'être traitée et guérie si elle est décelée à temps.

Le programme ContrôleCancerColorectal (CCC) favorise le dépistage précoce. Il s'agit d'un programme de dépistage structuré destiné à la population qui a été mis sur pied par ACO et le MSSLD en 2008 afin de réduire la mortalité découlant du cancer colorectal.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Sensibilisé par lettre la population en vue d'accroître la participation aux examens de dépistage, et les fournisseurs et le public au dépistage du cancer colorectal.

À cette fin, nous avons :

- Invité les nouveaux citoyens de l'Ontario admissibles à y participer, en informant les participants des résultats de leurs examens et en distribuant des lettres de rappel et des rappels d'échéances dans toutes les régions de l'Ontario. En tout, le programme CCC a expédié près de un million de lettres.
- Passé des ententes contractuelles avec 33 hôpitaux et attribué des fonds pour la réalisation de 16 000 coloscopies additionnelles.
- Conclu des ententes avec 31 installations non hospitalières pour la fourniture de données sur les coloscopies.
- Habilité les infirmières autorisées (IA) à réaliser des sigmoïdoscopies par tube souple dans le cadre d'un projet pilote officiel, qui constituait une première au Canada. Ce projet a permis de démontrer que les sigmoïdoscopies par tube souple réalisées par les IA permettaient d'accroître les capacités de dépistage du cancer colorectal chez les personnes exposées à un risque moyen. Plus de 5 000 interventions de dépistage ont été réalisées depuis le début du projet pilote. À la fin de l'exercice, 11 hôpitaux, 27 infirmières et 30 médecins y participaient.
- Organisé des campagnes de sensibilisation du public, notamment la campagne « Take Your Shot at Colorectal Cancer » adoptée par bon nombre d'équipes de la Ligue de hockey de l'Ontario.

Volumes de coloscopies subventionnées :

- 2009-2010 = 11 830
- 2010-2011 = 14 008
- 2011-2012 = 16 065

PROGRAMME ONTARIEN DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Le cancer du sein est la forme de cancer la plus fréquemment diagnostiquée chez les femmes de l'Ontario, et vient au deuxième rang après le cancer du poumon comme cause de décès par suite d'un cancer. Le dépistage du cancer du sein par le biais d'un programme organisé associé aux traitements efficaces présentement disponibles constitue la meilleure façon de réduire le nombre de décès.

Le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) a été mis sur pied par le MSSLD en 1990 et est géré par ACO. Son objectif est de réduire la mortalité découlant du cancer du sein grâce à des examens de dépistage de grande qualité. Des études ont révélé que le dépistage périodique permet de déceler les cancers plus tôt au moment où les tumeurs sont petites et moins susceptibles de s'être disséminées, ce qui accroît les chances de survie, réduit l'ampleur des traitements et, en dernière analyse, améliore les résultats des femmes au plan de la santé. Même si le taux d'incidence du cancer du sein en Ontario est resté stable de 1990 à 2007, la mortalité a chuté de 35 pour cent pour les femmes de 50 à 69 ans au cours de cette période. Cette baisse est attribuée à l'amélioration des traitements contre le cancer du sein et à la participation accrue aux examens de dépistage de cette maladie.

Le pourcentage de femmes qui passent des examens de dépistage du cancer du sein est proche de la cible provinciale de près de 70 pour cent. Un nombre croissant de femmes passent des examens de dépistage dans le cadre du PODCS.

Faits saillants

Au cours de l'exercice écoulé, ACO a mis l'accent sur deux principaux secteurs : financer les examens de dépistage et les tests de suivi, et accroître la participation au programme.

En 2011-2012, nous avons :

- Élargi le PODCS pour inclure des examens annuels de dépistage par RMN et mammographie chez les femmes à risque élevé. Cette initiative a permis d'organiser une campagne en vue de sensibiliser davantage le public et les fournisseurs de soins aux examens de dépistage du cancer du sein. Dans le cadre de ce programme, les femmes à risque élevé, en plus de passer un examen annuel, seront informées de leurs résultats et recevront des services d'évaluation mammaire de suivi en cas d'anomalie, en plus de profiter de rappels automatiques au moment de leur prochain examen.
  - Les examens de dépistage par RMN pour les femmes exposées à un risque élevé sont aujourd'hui offerts dans 27 centres de l'Ontario.
  - Des consultations génétiques sont maintenant disponibles dans 23 cliniques de la province.
  - Des services d'évaluation génétiques sont maintenant offerts dans sept cliniques de la province.

- Élaboré des normes de qualité pour le dépistage par RMN et écographie du cancer du sein.
- Mis à jour les services du PODCS en fonction des recommandations les plus récentes fondées sur les travaux de recherche.
- Favorisé la participation au PODCS dans les collectivités rurales grâce aux projets de Caravane mobile du Nord-Ouest, qui rend visite à près de 30 collectivités du Nord-Ouest de l'Ontario et permet aux femmes admissibles de composer un numéro sans frais pour prendre rendez-vous dans une collectivité voisine.

Préparer l'avenir

En 2012-2013 :

- Nous continuerons de déployer notre programme DIC, qui regroupe les examens de dépistage du cancer colorectal, du sein et du col de l'utérus. Le programme DIC est une initiative commune du bureau provincial et des programmes régionaux de cancérologie, ainsi que du MSSLD. Le nombre de centres participants et de participantes aux examens de dépistage devrait s'accroître au fur et à mesure que le DIC deviendra la seule source d'examens dont la qualité est assurée pour le dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal. Nous prévoyons mettre davantage l'accent sur la participation du public et des fournisseurs, ainsi que sur l'amélioration de l'assurance de la qualité et de l'évaluation du rendement aux niveaux provincial et régional, et à celui des fournisseurs.

SOINS PRIMAIRES

Notre succès repose principalement sur l'intégration efficace des soins de cancérologie et des soins primaires. La Stratégie sur la participation des soins primaires et des soins de cancérologie, sous la direction du Programme de soins primaires, offre un cadre de travail pour la participation des soins primaires et met l'accent sur l'amélioration de la qualité pour les patients à chacune des étapes de leur traitement.

Dans le cadre du PLCO III, la participation clinique provinciale et régionale est facilitée par le Réseau provincial des soins primaires et des soins de cancérologie (RPSPSC), forum de 15 Directeurs cliniciens des soins primaires régionaux (DCSPR). Le DCSPR assure une participation et une collaboration fructueuses dans le contexte des soins primaires variés et des équipes de soins.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Élargi le mandat du Programme de soins primaires (PSP) en raison de la nécessité croissante de disposer d'une expertise dans ce domaine et de notre engagement à y inclure l'ensemble des étapes du traitement du cancer.
- Entrepris le travail d'harmonisation des soins primaires afin d'éliminer les lacunes existantes et d'améliorer les structures actuelles pour élargir le mandat du PSP.
- Élaboré une stratégie pour les soins primaires comportant trois objectifs:
  - 1) améliorer les résultats,
  - 2) accroître notre influence et notre capacité et
  - 3) soutenir l'amélioration élargie du réseau de soins de santé.
- Fourni, en qualité de membre du Groupe de travail sur les taux de dépistage du cancer colorectal, des recommandations au Comité directeur conjoint sur une stratégie permettant de rehausser les taux de dépistage du cancer colorectal.
- Élaboré un rapport électronique sécurisé sur les activités de dépistage du programme ContrôleCancerColorectal (RES), qui sera déployé au milieu de 2012.
- Assuré la participation, par le biais des DCSPR, des médecins de famille et autres fournisseurs de soins primaires afin d'accroître les taux de dépistage à l'aide du Test du sang occulte fécal (TSOF).
- Poursuivi notre collaboration avec les principaux intervenants, notamment l'Association médicale de l'Ontario, la Division ontarienne du Collège des médecins de famille du Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, OntarioMD, Santé électronique Ontario et Qualité des services de santé Ontario.
- Mené à bien la rédaction des lignes directrices pour les orientations vers les soins primaires en cas de cancer soupçonné colorectal et du poumon.
- Entrepris l'élaboration des lignes directrices pour les orientations en cas de cancer de la prostate.
- Assuré la participation des responsables des médecins de famille dans l'élargissement du DIC au-delà du programme CCC grâce à la collaboration et au réexamen des instruments cliniques et du matériel de communication pour :
  - Les femmes exposées à un risque élevé dans le cadre du PODCS.
  - Les fournisseurs de soins autres que primaires dans l'élargissement du DIC.
  - La correspondance du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus.
- Organisé deux rencontres directes de deux jours ainsi que de multiples webinaires avec le RPSPSC qui constitue une plateforme pour la participation des soins cliniques au DIC à chacune des étapes des soins de cancérologie.

Préparer l'avenir

- Le plan d'action de la Stratégie sur la participation des soins primaires et des soins de cancérologie mettait au début l'accent sur l'amélioration des taux d'examen et de dépistage du cancer colorectal, du sein et du col de l'utérus. Il a par la suite été élargi pour porter sur l'ensemble des soins de cancérologie (ce qui comprend le Programme d'évaluation diagnostique, la gestion des voies pathologiques, les soins palliatifs et la survie au cancer).

En 2012-2013, nous :

- Favoriserons la participation aux soins primaires en vue d'améliorer les résultats du programme DIC et le cheminement des patients.
- Élargirons notre influence et nos capacités dans les secteurs suivants :
  - Gestion de l'information et technologie de l'information.
  - Méthodes d'amélioration de la qualité.
  - Capacité régionale.
  - Partenariat et intégration.
- Collaborerons à l'amélioration élargie du réseau de soins.

UNITÉ DE LUTTE CONTRE LE CANCER CHEZ LES PEUPLES AUTOCHTONES

Le cancer chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis (PNIM) augmente de façon disproportionnée par rapport aux taux de cancérologie de l'ensemble du Canada. Les populations des PNIM ont des taux de mortalité plus élevés découlant de cancers susceptibles d'être prévenus et ont tendance à se présenter au moment du diagnostic avec des cancers de stade plus élevé. Ces faits soulignent la nécessité d'améliorer les stratégies de prévention et de dépistage chez les Peuples autochtones.

Dans le cadre de sa Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones 2004, ACO a cherché à resserrer ses relations avec les représentants des PNIM de l'Ontario grâce à une meilleure participation et à la mise sur pied de réseaux collaboratifs de communication avec les groupes des PNIM, notamment les organismes autochtones hors-réserve. Ces réseaux permettent à ACO de soutenir efficacement les efforts de prévention et de dépistage auprès des membres des PNIM.

Faits saillants

ACO doit bien comprendre le mode de représentation des PNIM, les infrastructures de programmation et les sous-réseaux internes pour profiter efficacement des capacités disponibles et accroître la sensibilisation aux examens de dépistage du cancer. C'est pourquoi ACO a établi des relations de collaboration directe avec les PNIM de l'Ontario en vue de mettre en œuvre des initiatives relatives au dépistage et à la lutte contre le cancer.

L'Équipe de prévention du cancer chez les peuples autochtones a organisé des ateliers de formation destinés aux formateurs sous le slogan « Prenons position contre… le cancer colorectal » dans 37 localités, notamment un bon nombre de collectivités des Premières Nations. Plus de 100 fournisseurs de services de santé y ont participé. De plus, l'équipe a aidé les collectivités des Premières Nations de Garden River, de Six nations et de Beausoleil à organiser la présentation de l'exposition du Côlon géant lors de leurs Foires sur la santé.

Le Programme de lutte contre le tabagisme chez les peuples autochtones a adapté la trousse Play, Live, Be Tobacco-Free en fonction d'un auditoire des Premières Nations, en vue d'inciter les organismes de sports et loisirs autochtones à favoriser l'utilisation judicieuse du tabac.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous avons :

- Nous resserrerons les liens entre ACO et les collectivités des PNIM en les encourageant à participer au programme de lutte contre le cancer et de dépistage en lançant la nouvelle Stratégie de lutte contre le cancer chez les Autochtones (SCA)II, initiative lancée dasn le cadre de la Priorité stratégique I du PLCOIII. La stratégie constitue l'assise d'une collaboration convergente entre ACO et les collectivités des PNIM pour prévenir, dépister, diagnostiquer et traiter le cancer.

Cette stratégie mettra l'accent sur les activités suivantes :

- Établir des liens de collaboration productifs entre ACO, les régions et les membres des PNIM.
- Inciter les PNIM à faire une utilisation judicieuse du tabac, ce qui comprend l'interruption du tabagisme, la prévention et la protection.
- Élaborer conjointement des approches pour le DIC au sein des populations des PNIM que pourront mettre en œuvre les Centres régionaux de cancérologie et d'autres partenaires.
- Soutenir la Stratégie provinciale sur les soins palliatifs en vue de répondre aux besoins des PNIM.
- Poursuivre les activités de recherche et de surveillance sur l'incidence du cancer et les besoins de dépistage chez les PNIM en vue de soulager la charge croissante du cancer dans ces populations.
- Favoriser le transfert et l'échange des connaissances en vue d'accroître la formation et la sensibilisation des PNIM à l'égard du cancer, et mieux informer leurs décisions en matière de programmation. Le cancer ne fait pas partie à l'heure actuelle des principaux objectifs des PNIM, et ce problème doit être corrigé dans leurs collectivités. La peur qui est encore associée à la maladie signifie qu'une meilleure formation et une meilleure sensibilisation à propos du cancer sont nécessaires chez les PNIM.

Au cours de l'exercice écoulé, ACO a harmonisé ses programmes avec les priorités du gouvernement et mis l'accent sur l'augmentation des taux de dépistage auprès des populations autochtones qui participent peu aux examens ou n'y participent jamais, et sur le soutien de la province à la Loi sur un Ontario sans fumée dans le cadre de son Programme d'abandon du tabagisme chez les peuples autochtones. Ce programme a été élaboré avec la participation des jeunes autochtones et l'orientation des aînés en vue d'élaborer avec les jeunes et à leur intention des messages sur la consommation judicieuse du tabac.

Diagnostic

PROGRAMMES D'ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE

Pour bien des patients, la période entre le moment où un cancer est soupçonné et le moment de son diagnostic positif ou négatif est source d'anxiété, de confusion et de stress. Cette période comprend souvent de nombreuses épreuves diagnostiques et consultations, des transferts et des rendez-vous, et est marquée par une insuffisance des de sources d'information et de soutien pour les patients.

En vue d'améliorer la phase du diagnostic de l'expérience des patients, ACO a favorisé l'élaboration et la mise en œuvre de Programmes d'évaluation diagnostique (PED) dans toutes les régions de l'Ontario. Ces programmes permettent d'améliorer de façon significative l'expérience des patients pendant le processus diagnostique pour les personnes chez qui un cancer est soupçonné.

Ces programmes se composent d'équipes multidisciplinaires de soins de santé qui gèrent et coordonnent les soins diagnostiques du patient, depuis les tests jusqu'au diagnostic définitif en vue d'améliorer l'accès aux soins.

Les PED fournissent de plus l'information et le soutien nécessaires à propos du cancer aux patients et aux familles. Grâce aux PED, ACO contribue à améliorer la coordination des soins, à réduire les temps d'attente, à améliorer l'expérience des patients et, dans la mesure du possible, à ralentir la progression de la maladie.

La majorité des fournisseurs de soins de santé assurent le suivi manuel sur papier du cheminement diagnostique en raison de l'absence d'un système centralisé de suivi. Le partage de l'information à propos des patients entre les fournisseurs est particulièrement déficient. Pour corriger cette situation, ACO, en collaboration avec la Société canadienne du cancer (SCC) et Inforoute santé du Canada (ISC), a élaboré la Solution de voie électronique-Programme d'évaluation diagnostique (SVE-PED), qui constitue un instrument novateur fondé sur le web qui donne au personnel des PED, aux fournisseurs de soins de santé et aux patients des renseignements personnels, des ressources et un soutien à chacune des étapes du diagnostic du patient.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Mis en œuvre un PED pulmonaire dans chacun des 13 PRC et un PED colorectal dans huit PRC.
- Mené à bien un sondage provincial auprès des patients en vue de connaître leur expérience avec leur PED.
- Mené à bien le Projet des temps d'attente diagnostiques, qui décrit le nouveau cadre de travail pour la mesure des temps d'attente diagnostiques et définit des points principaux. Les conclusions de ce projet ont permis l'élaboration et la mise en œuvre de l'Instrument de téléchargement des données diagnostiques (ITDD), qui permet aux PED de compiler leurs données sur les temps d'attente diagnostiques et d'aider ACO à mieux comprendre la phase diagnostique du cheminement des patients. Ces efforts contribuent à l'élaboration de cibles et de priorités pour les temps d'attente dans la phase diagnostique.
- Réalisé un projet pilote sur les intervenants-pivots. Les patients qui en sont à l'étape du processus d'évaluation diagnostique dans leur cheminement indiquent souvent qu'ils ressentent de l'anxiété et sont préoccupés. Le projet pilote de ACO, qui permet à des intervenants-pivots, soit des infirmières autorisées qui travaillent en oncologie, d'agir comme point de contact unique pour les patients et les familles, depuis le diagnostic jusqu'à la fin des traitements, a connu un succès considérable. Au cours de ce projet pilote, 84 pour cent des patients qui souffraient d'anxiété ou présentaient des craintes ou des préoccupations ont déclaré que l'intervenant-pivot avait « toujours aidé » à dissiper ces émotions pendant le processus d'évaluation diagnostique. Le Secrétariat des soins infirmiers du MSSLD a reconnu la valeur des intervenants-pivots au cours de l'étape du diagnostic et assuré de nouvelles subventions pour 14 équivalents temps plein en soins infirmiers.
- Inauguré le projet pilote SVE-PED pour le PED pulmonaire et colorectal au Centre régional de cancérologie du Nord-Ouest et au Programme régional de cancérologie de Waterloo Wellington. L'instrument SVE-PED comporte deux sites web, le premier pour les patients et l'autre pour les fournisseurs de soins de santé. Les deux offrent un accès sécurisé en ligne à des renseignements diagnostiques importants, à des ressources utiles et à du soutien. Au cours de la Phase 1 du SVE-PED, l'accent a été mis sur l'élaboration et la mise à l'essai de l'architecture essentielle et de la fonctionnalité du produit.
- Inauguré en janvier 2012 la Phase 2 du projet pilote SVE-PED, qui met l'accent sur l'amélioration du produit en fonction des observations recueillies au cours du projet pilote. Cet instrument permet une intégration provinciale avec les systèmes d'information de laboratoires de l'Ontario et avec les orientations électroniques, et sera mis en œuvre dans quatre Programmes régionaux de cancérologie additionnels. La Société canadienne du cancer et Inforoute Santé Canada fournissent des fonds pour la Phase 2.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Travaillerons avec toutes les régions pour nous assurer qu'elles ont mis en œuvre un PED colorectal et élaborer un PED pour le cancer de la prostate. Dans le cadre du Projet sur les temps d'attente diagnostiques, le PED a été déterminé et nous utiliserons l'indicateur de priorité « Temps d'attente depuis l'orientation (vers le PED) jusqu'au diagnostic positif ou négatif » pour tous les PED pulmonaires en Ontario, à compter de 2012-2013.

- Mené à bien la phase 2 du SVE-PED, qui comprend les éléments suivants :
  - Harmonisation du processus d'orientation électronique en provenance des PED et vers ces derniers.
  - Accès aux résultats des tests donnés aux patients, soignants et fournisseurs de soins.
  - Amélioration de la fonctionnalité du SVE-PED, plus particulièrement touchant l'expérience des patients.
  - Mise en œuvre d'une SVE-PED dans quatre nouveaux PRC.

DÉTERMINATION DES STADES ET PATHOLOGIE

Le Projet de détermination des stades et des rapports de pathologie est une initiative provinciale pluriannuelle visant à améliorer la qualité et l'intégralité des données sur la détermination des stades et des rapports de pathologie grâce au recours à des données et des normes de présentation des rapports uniformisées dans l'ensemble du pays.

Ce projet pourra améliorer le réseau de cancérologie et accroître la qualité des soins dispensés aux patients en permettant aux fournisseurs de soins, aux chercheurs et aux autres décisionnaires de disposer de nouvelles données sur le stade du cancer et la pathologie pour l'ensemble des patients atteints d'un cancer en Ontario.

Projet de détermination des stades

La détermination des stades permet de classer les cas de cancer en fonction de l'ampleur de la dissémination de la maladie. Le stade du cancer est un facteur important qui permet de prévoir la survie, et le traitement administré est déterminé principalement en fonction du stade. L'objectif du Projet de détermination des stades est d'élaborer un processus et des instruments de collecte de données qui donnent rapidement accès à des données exactes, complètes et comparables sur les stades du cancer pour tous les patients adultes de l'Ontario atteints d'un cancer.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Mené à bien le Projet de détermination des stades et mis en œuvre un système provincial de collecte des données sur les stades en collaboration, ainsi que l'infrastructure de soutien nécessaire. À compter de l'année de diagnostic 2010, les données pour les quatre formes les plus courantes de cancer (sein, colorectal, poumon et prostate) ont été réexaminées à l'aide d'une nouvelle méthodologie axée sur le système de collecte de données en vue d'automatiser la détermination du stade à partir des rapports de pathologie du cancer électroniques et synoptiques (standardisés). Le résultat : des données sur le stade dans la population sont désormais disponibles pour l'ensemble des cancers du sein, colorectal, du poumon et de la prostate diagnostiqués depuis 2007. Au cours de l'année, nous avons également élargi la collecte de données pour y inclure les cancers gynécologiques et les mélanomes cutanés pour l'année diagnostique 2010.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Élargirons encore davantage la collecte de données pour y inclure un sous-ensemble additionnel de sites pathologiques pour l'année diagnostique 2011.

Projet de rapports de pathologie

La présentation des rapports de pathologie est essentielle au diagnostic et au traitement du cancer. Elle permet de déterminer le ou les traitements appropriés pour les patients atteints d'un cancer. L'objectif du Projet de rapports de pathologie est de faire en sorte que les rapports de pathologie du cancer soient plus complets et uniformes en aidant les hôpitaux à adopter un format électronique standardisé. Ainsi, les hôpitaux qui présentent électroniquement des rapports à Action Cancer Ontario utiliseront ces nouveaux Rapports synoptiques de pathologie du cancer comportant un format de champs de données discrets.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Mené à bien le Projet de rapports de pathologie en délaissant la mise en œuvre des instruments synoptiques au profit d'un élargissement des rapports synoptiques au delà des cinq formes de résections du cancer les plus courantes. Les rapports élargis portent sur 63 types de chirurgies et de biopsies du cancer, et utilisent la liste de contrôle du cancer (LCC) du College of American Pathologists (CAP), qui permet d'améliorer la présentation des données. À la fin du projet, 97 pour cent des hôpitaux de soins actifs de l'Ontario avaient adopté le nouveau format électronique pour les rapports présentés au Registre des cas de cancer de l'Ontario par le biais du nouveau système de Voie électronique. Parmi ces hôpitaux, plus de 90 pour cent de l'ensemble des rapports de résection pathologique du cancer pour les sites pathologiques obligatoires ont été présentés sous forme synoptique, et plus de 90 pour cent des rapports synoptiques présentés ont été remplis conformément aux normes du CAP.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Continuerons de contrôler l'application du rapport synoptique et les taux de présentation des rapports synoptiques de pathologie du cancer envoyés au Registre des cas de cancer à l'aide du nouveau système de Voie électronique.
- Collaborerons avec les hôpitaux en vue de mettre en œuvre les nouvelles versions de la LCC du CAP.

GESTION DES VOIES PATHOLOGIQUES

La Gestion des voies pathologiques (GVP) est une approche novatrice visant à améliorer le qualité des soins, les processus et l'expérience des patients atteints de formes particulières de cancer en cartographiant et en étudiant le cheminement en cancérologie. La GVP fait appel à une approche spécifique à la pathologie et met l'accent sur un type de cancer à la fois en vue de tenir compte du fait que l'expérience des patients diffère selon la forme de cancer dont ils sont atteints.

La GVP examine le rendement de l'ensemble du réseau de santé en fonction du cheminement en cancérologie, depuis la prévention jusqu'au rétablissement et aux soins en fin de vie, et détermine les lacunes ou les goulots d'étranglement existants à l'aide d'une approche multidisciplinaire.

La GVP sert de catalyseur pour l'amélioration de la qualité en permettant de cerner les problèmes, de mettre en commun les données, de favoriser l'action et d'élaborer des indicateurs pour en mesurer les effets. La GVP élabore et fournit également des Plans des voies pathologiques qui indiquent les meilleures pratiques fondées sur la recherche pour des formes déterminées de cancer.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Poursuivi l'élaboration des plans des voies pathologiques pour le cancer colorectal, du poumon, de la prostate et gynécologique, ainsi que pour les soins psychosociaux et palliatifs.
- Rendu public le premier Plan des voies pathologiques (Voie diagnostique du cancer du poumon) sur le site web de ACO.
- Déterminé et validé six objectifs prioritaires pour le cheminement des patients atteints d'un cancer de la prostate. Ces objectifs serviront de base à la stratégie provinciale visant l'amélioration de la qualité des soins contre le cancer de la prostate.
- Subventionné 22 projets régionaux d'amélioration en vue de répondre aux priorités d'action pour le cancer colorectal et du poumon.
- Subventionné une étude sur les origines de la variation provinciale, conformément aux lignes directrices sur la pratique clinique pour le cancer du poumon.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Rendrons publics d'autres plans des voies pathologiques sur le site web de ACO, en plus de produire des versions interactives de ces voies.
- Élaborerons des plans des voies adaptées à l'usage des patients.
- Évaluerons les progrès réalisés pour le cancer colorectal, du poumon et de la prostate.
- Commencerons à établir les priorités pour l'amélioration de la qualité touchant les cancers gynécologiques, ce qui comprend le cancer de l'ovaire, de l'utérus et du col de l'utérus.

MODÈLES DE SOINS

En raison de la croissance et du vieillissement de la population de l'Ontario, la demande pour les services de cancérologie est en hausse. Ce phénomène, associé aux contraintes économiques actuelles, menace la viabilité de nos modèles actuels de prestation des soins. C'est pourquoi il importe d'accroître le rendement et la valeur de chacun des dollars consacrés aux soins de santé et d'optimiser l'utilisation des ressources humaines en santé.

À cette fin, ACO a lancé son Initiative des modèles de soins. L'objectif est de modifier la façon dont la province défraie les soins, fait participer les patients et prévoit de façon fiable la nature des ressources humaines dont nous aurons besoin plus tard au sein du réseau de santé.

Essentiellement, cette initiative est sous-tendue par la nécessité de mettre en œuvre des modèles de soins novateurs, fondés sur les meilleures pratiques, axés sur les patients et à caractère multidisciplinaire qui répondent aux défis que devra relever le réseau de soins de santé de l'Ontario.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Élaboré des principes et des domaines de priorité pour les modèles de soins.
- Inauguré des projets visant à mettre en œuvre des modèles de soins de suivi fondés sur les meilleures pratiques :
  - Projets pilotes dans trois programmes régionaux de cancérologie axés sur les soins de suivi appropriés en cas de cancer colorectal.
  - Programmes mis en œuvre dans tous les programmes régionaux de cancérologie axés sur les soins de suivi appropriés en cas de cancer du sein.
- Élaboré un programme de formation et de mentorat dans 10 programmes régionaux de cancérologie afin d'assurer une formation en soins palliatifs aux médecins spécialisés en soins primaires et aux infirmières de pratique avancée.

- Maintenu notre soutien aux rôles de pratique avancée en poursuivant l'initiative sur les Radiothérapeutes cliniciens spécialistes (RTCS) dans le cadre d'une phase d'une durée de trois ans visant à accroître sa durabilité et à intégrer le rôle des RTCS dans le réseau de cancérologie de l'Ontario.
- Travaillé en collaboration avec des groupes d'entreprises spécialisées en oncologie, l'AMO et la Division des négociations et de la gestion de la responsabilité du MSSLD afin d'élaborer un modèle harmonisé pour les Plans provinciaux de financement alternatifs en oncologie.
- Élaboré une approche fondée sur les données et établi ses principes en vue de déterminer le nombre de nouveaux oncologistes nécessaires et leur affectation dans la province afin de répondre aux besoins.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Continuerons de mettre en œuvre les modèles de meilleures pratiques des soins et d'évaluer l'incidence de ces modèles sur le réseau de cancérologie, les patients et les fournisseurs de soins.
- Déterminerons les obstacles réglementaires et autres qui entravent l'adoption de nouveaux modèles de soins, et étudierons le financement nécessaire pour la mise en œuvre de ces nouveaux modèles.
- Préciserons encore davantage les processus :
  - Pour évaluer les besoins au plan des ressources humaines en santé.
  - Pour harmoniser la planification des ressources humaines dans l'ensemble du réseau.

CONFÉRENCES MULTIDISCIPLINAIRES SUR LE CANCER

Les Conférences multidisciplinaires sur le cancer (CMC) permettent de réunir des cliniciens de divers domaines d'expertise à l'occasion de rencontres périodiques pour leur permettre de discuter du diagnostic et du traitement de divers patients atteints d'un cancer. Les participants sont spécialisés en oncologie médicale, en oncologie radiologique, en oncologie chirurgicale, en pathologie, en radiologie diagnostique et en soins infirmiers. D'autres fournisseurs de soins de santé qui participent au traitement des patients, notamment des diététistes, des ergothérapeutes et des pharmaciens, peuvent également y participer.

Les CMC permettent de s'assurer que toutes les épreuves diagnostiques appropriées, que toutes les possibilités convenables de traitements et que les recommandations les plus pertinentes sont mises en œuvre pour chaque patient dont le cas est étudié.

Il semble que les cas ayant fait l'objet d'une CMC sont plus susceptibles de permettre aux patients :

- De recevoir des soins fondés sur les résultats de la recherche.
- De voir toutes leurs possibilités de traitement prises en compte.
- De profiter de meilleurs résultats.

Les CMC jouent le rôle de mécanisme pour les réexamens par les pairs et l'assurance de la qualité en favorisant l'acquisition d'une culture multidisciplinaire et en invitant les hôpitaux de diverses régions à collaborer ensemble.

ACO offre diverses mesures pour permettre au personnel des hôpitaux de mettre en œuvre ou d'améliorer les CMC.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Enregistré des gains touchant le nombre de centres régionaux conformes avec 84 pour cent des critères de qualité minimaux pour les CMC, contre 78 pour cent en 2010-2011 et 72 pour cent en 2009-2010. Chaque année, plus de 20 000 patients font l'objet d'une CMC.
- Préparé la mise en place régionale de critères plus rigoureux touchant la qualité et l'accès grâce à des plans d'amélioration et au lancement d'un projet pilote dans sept centres visant à évaluer la compilation provinciale des indicateurs reliés aux patients.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Veillerons à ce que plus de patients bénéficient d'une discussion dans le cadre d'une CMC.
- Veillerons à ce que les régions se conforment aux critères plus rigoureux régissant la qualité et l'accès en vertu desquels tous les hôpitaux qui traitent plus de 35 patients dont le cas est unique et qui ont un cancer doivent veiller à ce que les patients appropriés aient accès à des discussions de grande qualité dans le cadre d'une CMC.
- Utiliserons les résultats de l'essai pilote réalisé à sept endroits pour réunir des indicateurs portant sur les patients afin d'élaborer un plan provincial d'expansion.
- Faciliterons le réseau provincial de coordonnateurs des CMC afin d'optimiser les pratiques et l'accès dans toute la province par le partage de meilleures pratiques et d'outils

EXPÉRIENCE DES PATIENTS

L'une des stratégies élaborées dans le Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario III de 2011-2015 est de poursuivre l'évaluation et l'amélioration de l'expérience des patients.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Modifié l'enquête sur la satisfaction des patients, soit l'Enquête sur la satisfaction des patients ambulatoires en oncologie (ESPAO), en fonction d'un réexamen récent. Cette enquête évalue les expériences essentielles des patients, notamment le soutien psychologique, la coordination et la continuité des soins, le respect des préférences des patients, le confort physique, la communication de l'information et la formation, ainsi que l'accès aux soins.
- Ajouté des indicateurs sur l'expérience des patients (mesures choisies de l'ESPAO) dans les cartes de pointage régionales.
- Revu et modifié le mandat du Conseil consultatif provincial des patients et des familles dans le cadre d'une bourse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Élaboré une stratégie visant à évaluer les résultats mesurés par les patients particuliers pour le cancer et entrepris un projet pilote pour examiner les résultats établis par les patients se rapportant au cancer de la prostate qui évaluent les fonctions intestinale, sexuelle et de la vessie.
- Nommé des directeurs cliniciens en oncologie psychosociale (OPS) dans chaque région afin d'améliorer l'expérience des patients en répondant aux besoins physiques, affectifs, pratiques et spirituels non comblés.
- Nommé des directeurs cliniciens de la formation des patients dans chaque région en vue d'accroître la disponibilité et l'efficacité des services de formation et de soutien destinés aux patients et fondés sur les meilleures pratiques offerts dans les centres régionaux de cancérologie.
- Amélioré l'accès aux soins palliatifs et en oncologie psychosociale de qualité par le biais de stratégies visant à quantifier ces ressources dans les Programmes régionaux de cancérologie.
- Élaboré des voies pathologiques en soins palliatifs et en oncologie psychosociale, en collaboration avec le Programme de gestion des voies pathologiques. L'objectif est d'élaborer une voie qui décrit de façon détaillée, conformément à la recherche, les évaluations et les traitements recommandés pour les patients de l'Ontario, sans égard au type de cancer dont ils sont atteints.
- Mis davantage l'accent sur le traitement des symptômes grâce à l'élaboration de guides sur le traitement des symptômes touchant les pertes d'appétit, les soins buccaux et les soins intestinaux.
- Augmenté le nombre d'infirmières spécialisées en oncologie dans l'ensemble du réseau de lutte contre le cancer afin d'assurer, le plus près possible du domicile du patient, la prestation de soins sûrs, de grande qualité et axés sur le patient.
- Entrepris la définition d'un plan provincial de services pour les soins palliatifs axés sur un accès rapide et approprié aux services palliatifs en cas de cancer.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Assurerons l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies visant à mesurer et contrôler l'accès aux ressources psychosociales en oncologie et leur qualité.
- Mettrons en œuvre les voies pathologiques sur les soins palliatifs et l'oncologie psychosociale.
- Continuerons d'améliorer le traitement des symptômes en adoptant les recommandations des guides sur le traitement des symptômes pour les pertes d'appétit, les soins buccaux et les soins intestinaux, en plus d'assurer l'implantation pancanadienne d'un guide sur la fatigue.
- Augmenterons le nombre d'infirmières spécialisées en oncologie et d'infirmières de pratique avancée (infirmières praticiennes et spécialistes des soins infirmiers cliniques) au sein du réseau de cancérologie pour assurer la prestation, le plus près possible du domicile des patients, de soins sûrs, de grande qualité et axés sur les patients.
- Élargirons le Conseil consultatif des patients et des familles (CCPF) pour y intégrer jusqu'à 28 membres des RLIS, ce qui pourrait permettre de mettre en place des CCPF pour le Réseau rénal de l'Ontario et l'Accès aux soins.
- Étudierons des mesures en temps réel permettant de comprendre l'expérience des patients aux points de prestation des soins.
- Évaluerons divers instruments permettant de mesurer l'expérience des patients à d'autres étapes de leur cheminement, notamment pour le dépistage, les soins palliatifs et les survivants.
- Adopterons d'autres résultats évalués par les patients se rapportant à leur qualité de vie.

CHIRURGIES CONTRE LE CANCER

Le Programme d'oncologie chirurgicale de Action Cancer Ontario cherche continuellement à améliorer la qualité et l'accessibilité des chirurgies en cas de cancer en Ontario. ACO assure la gestion de l'Entente sur les chirurgies contre le cancer (ECC) afin d'accroître la responsabilité du réseau, de répondre aux exigences touchant les volumes de chirurgies à court terme et de préparer l'amélioration à long terme de la qualité des chirurgies ainsi que leur intégration au sein du réseau.

ACO évalue les incidences d'une nouvelle méthodologie pour les ECC et ses effets sur le financement, les volumes de patients et les temps d'attente. Nous avons passé en revue les données sur les ECC dans les hôpitaux afin de déceler les tendances en fonction du temps. Les vice-présidents régionaux, les directeurs de la chirurgie et les directeurs régionaux des hôpitaux ayant conclu une ECC nous ont transmis leurs observations sur la nouvelle méthodologie, le caractère approprié des fonds, l'évolution des volumes et les temps d'attente. Les résultats permettront d'orienter l'évolution du programme des ECC.

Normes pour les chirurgies en cas de cancer thoracique

Les chirurgies en cas de cancer thoracique constituent une intervention très complexe. Il y a une relation bien établie entre les chirurgies thoraciques réalisées dans un centre désigné à cette fin et l'amélioration des résultats des patients. Il y a présentement 15 centres de chirurgie thoracique en Ontario. Au cours de l'exercice écoulé, nous avons mené à bien la consolidation des chirurgies thoraciques contre le cancer dans les centres désignés afin d'optimiser les résultats des patients.

Dans le cadre de ce processus, depuis décembre 2010, tous les centres non désignés ont cessé de pratiquer des chirurgies thoraciques et ont conclu un partenariat avec un centre désigné pour le transfert de leurs patients devant recevoir une chirurgie thoracique.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Atteint la cible provinciale de plus de 90 pour cent des chirurgies thoraciques réalisées dans des centres thoraciques. Il s'agit d'une étape importante étant donné des résultats profitables pour les patients (par exemple un plus faible taux de mortalité et des complications réduites) sont clairement associés au nombre de chirurgies réalisées (volumes minimaux) et à la disponibilité d'une formation et de ressources hospitalières spécialisées en chirurgie.

Préparer l'avenir

En 2012-2013 :

- ACO prévoit évaluer les indicateurs établis et axés sur les patients en matière de chirurgie thoracique afin de consolider la prise de décision par les centres.

Normes pour les chirurgies hépato-pancréatico-biliaires contre le cancer

Les hôpitaux qui réalisent des volumes élevés de chirurgies pancréatiques assurent à leurs patients de meilleurs résultats. ACO a fait paraître en 2006 ses Normes sur les chirurgies hépato-pancréatico-biliaires (HPB) en cas de cancer, et désigné neuf centres pour la réalisation de ces chirurgies.

L'accès aux soins à proximité du domicile des patients est un facteur important, mais il faut également tenir compte de la nécessité de dispenser des soins spécialisés et de grande qualité dans des centres désignés.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Atteint notre cible de 90 pour cent des chirurgies HPB réalisées dans un centre désigné. Cinq hôpitaux continuent d'assurer les volumes nécessaires pour être désignés à titre de centre HPB. Un autre hôpital est très près de répondre à ces exigences. Le pourcentage de chirurgies hépatiques et pancréatiques réalisées dans les centres HPB désignés est passé de 79 pour cent en 2008 à plus de 90 pour cent en 2011.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Élargirons les indications pour les chirurgies hépatiques en cas de cancer grâce à la mise en œuvre des nouvelles directives intitulées « Rôle des résections hépatiques en cas de métastases colorectales cancéreuses », qui permettra aux cliniciens de comprendre qu'il y a un plus grand nombre de patients présentant des métastases colorectales et qui sont candidats à une chirurgie hépatique que ce que l'on croyait auparavant.

Temps d'attente avant une chirurgie contre le cancer

Les temps d'attente avant une chirurgie sont mesurés en déterminant le délai entre le moment où la décision d'opérer est prise et celui où la chirurgie est effectivement réalisée. La Stratégie sur les temps d'attente du gouvernement de l'Ontario a établi des délais cibles pour divers types de chirurgies.

Dans le cadre de la Stratégie sur les temps d'attente, ACO a la responsabilité de distribuer et de gérer les fonds destinés aux chirurgies contre le cancer. Chaque patient est classé de façon prioritaire par le chirurgien en fonction d'un grand nombre de facteurs, notamment le type de cancer, la complexité du cas et la progression de la maladie.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

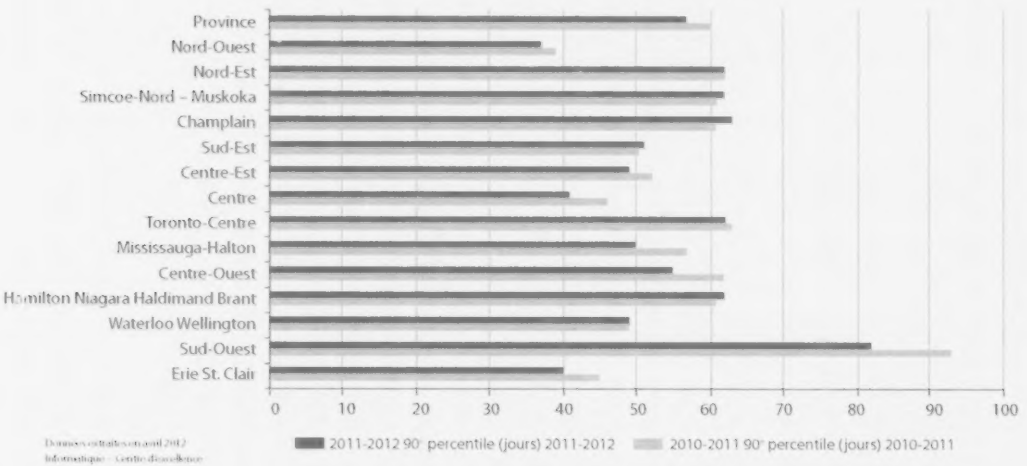
- Avons déterminé que 79 pour cent des chirurgies contre le cancer étaient réalisées à l'intérieur des délais cibles. Ce résultat s'explique par les améliorations continues enregistrées au cours des deux dernières années. Il existe une variation entre les sites pathologiques et les niveaux prioritaires. Les cancers endocriniens, de la prostate et gynécologiques présentent le plus faible rendement au plan des temps d'attente pour les cas de Priorité 2, 32 pour cent, 47 pour cent et 50 pour cent respectivement des cas étant traités conformément aux cibles établies. Par contre, les cas de cancer du sein et de sarcome affichent le rendement le plus élevé pour les cas de Priorité 2, 65 pour cent et 93 pour cent respectivement des cas étant traités conformément aux cibles établies.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

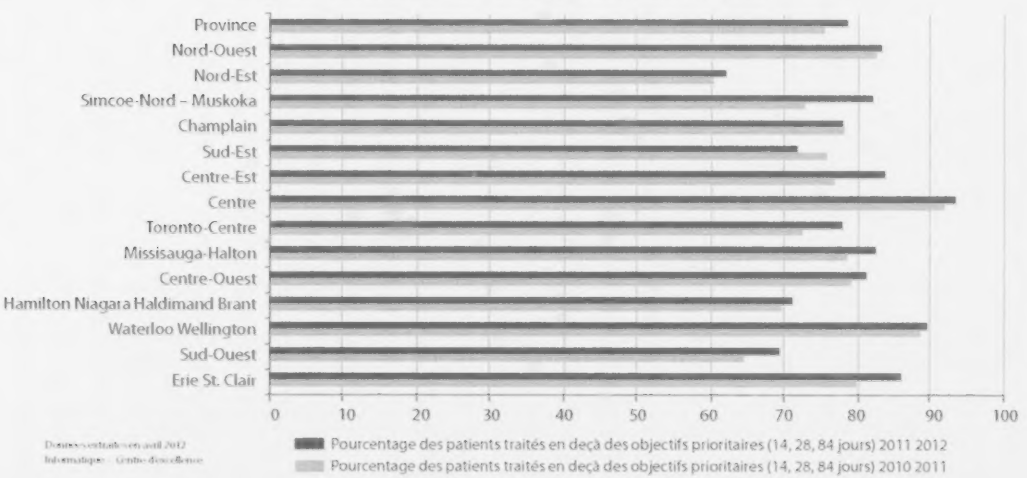
- Continuerons de collaborer avec les Programmes régionaux de cancérologie et les hôpitaux partenaires afin d'améliorer les temps d'attente avant une chirurgie contre le cancer.

Temps d'attente pour une chirurgie contre le cancer – Entre la décision d'opérer et la date de l'intervention
90e percentile (jours) – Exercices 2010 2011 et 2011 2012



Données extraites en avril 2012
Informatique – Centre d'excellence

Temps d'attente avant une chirurgie contre le cancer – Entre la décision d'opérer et date de l'intervention – Pourcentage des patients traités dans les (14, 28 et 84 jours) – Exercices 2010 2011 et 2011 2012



Données extraites en avril 2012
Informatique – Centre d'excellence

RADIOTHÉRAPIES

La radiothérapie consiste à faire appel à des radiations ionisantes (rayons x, rayons gamma et électrons) afin de détruire les cellules cancéreuses. Les radiations ionisantes sont ciblées et ne touchent que la région traitée. Elles sont souvent administrées en association à une chirurgie ou une chimiothérapie.

Amélioration des temps d'attente

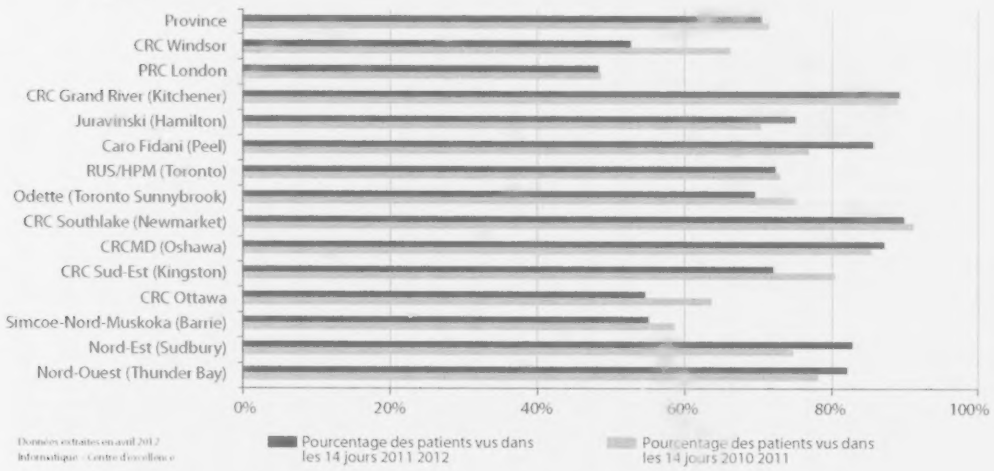
ACO compile le nombre de patients qui sont traités conformément aux cibles recommandées pour les temps d'attente en fonction de deux intervalles :

1. **Orientation et consultation** – délai entre l'orientation du patient et la consultation faite par un oncologiste radiologiste.
2. **Patient prêt au traitement et début du traitement** – délai entre le moment où le patient est prêt à recevoir son traitement et celui où le traitement est administré.

Le temps d'attente cible pour l'Orientation et la consultation est de 14 jours. Le temps d'attente cible pour le moment où le patient est Prêt au traitement et le début du traitement varie de 1 à 14 jours en fonction de l'état de santé du patient.

Temps d'attente entre l'aiguillage et la consultation en radiothérapie – Pourcentage des patients vus dans les 14 jours

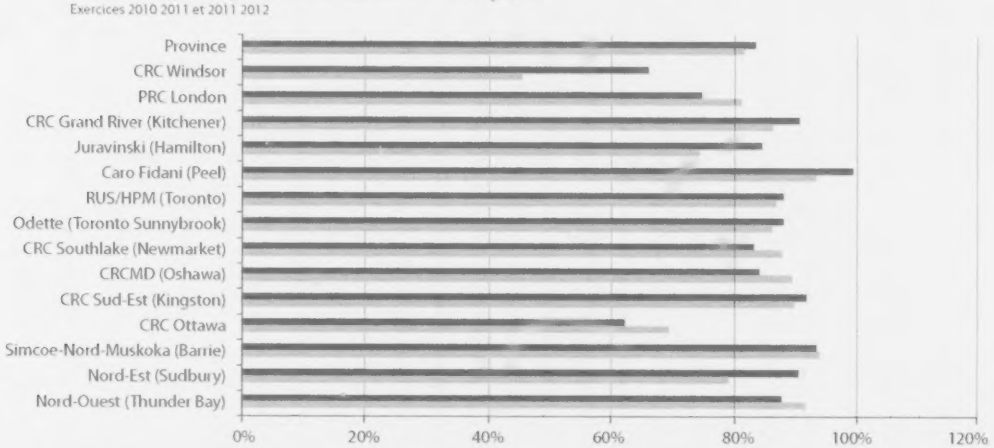
Exercices 2010 2011 et 2011 2012



Données extraites en avril 2012
Informatique – Centre d'excellence

Temps écoulé entre la décision de traiter et le traitement en radiothérapie – Pourcentage des patients traités en 1, 7 et 14 jours

Exercices 2010 2011 et 2011 2012



Données extraites en avril 2012
Informatique – Centre d'excellence

Faits saillants

En 2011-2012 :

- Le temps d'attente entre l'aiguillage et la consultation (nombre de patients vus par un radio-oncologue dans les 14 jours) est demeuré relativement stable entre 2010-2011 et 2011-2012, même si le nombre des nouveaux patients a augmenté de 6 %.
- Le temps écoulé entre la décision de traiter et le traitement en radiothérapie s'est amélioré de 2 % pour passer de 81,7 % des patients traités en 1,7 et 14 jours en 2010-2011 à 83,5 % en 2011-2012, même si le nombre des patients traités a augmenté de 6,4 % et malgré l'implantation rapide de l'IRM.
- Ces résultats reflètent en grande partie les investissements réalisés par la province, conformément aux recommandations de ACO. Au cours des cinq dernières années, les investissements publics dans les infrastructures et les appareils de radiothérapie ont accru la disponibilité et l'accès aux traitements contre le cancer en Ontario, notamment grâce à l'ouverture de nouveaux centres de cancérologie à Newmarket (Southlake) et à Durham, à l'élargissement des installations d'Ottawa et de Kingston et à l'addition de deux nouveaux centres satellites à Ottawa et Sault Ste. Marie. Ces investissements ont permis d'ajouter 15 unités de traitement dans la province entre le 1er juillet 2007 et le 31 mars 2012.

Préparer l'avenir

En 2012-2013 :

- Nous ouvrirons de nouveaux centres de cancérologie dans la Région de Niagara et à Barrie afin que les patients puissent se faire traiter plus près de chez eux et n'aient pas à se rendre à un autre centre de cancérologie. La capacité accrue pourra aussi aider à réduire les temps d'attente et à améliorer l'utilisation de la radiothérapie.
- Continuer de modéliser les besoins en capacité jusqu'en 2020 afin d'assurer que nous avons la capacité nécessaire pour répondre à l'augmentation de la demande au cours des huit prochaines années.

RADIOTHÉRAPIES À MODULATION D'INTENSITÉ (RMI)

La radiothérapie à modulation d'intensité (RMI) est présentement la norme de soins en radiothérapie. Il s'agit d'une méthode précise permettant d'administrer des radiations à dose élevée sur une tumeur tout en réduisant de façon significative l'irradiation des tissus sains avoisinants. Ce traitement accroit la localisation des radiations, réduit la morbidité consécutive au traitement et accroit les taux de guérison ainsi que la qualité de vie des patients. La RMI est généralement administrée pour traiter les patients atteints d'un cancer du sein, de la prostate, de la tête et du cou, les tumeurs cérébrales, les sarcomes et les cancers pédiatriques.

En 2009-2010, ACO a élargi l'accès des patients grâce à une approche provinciale visant la mise en œuvre des RMI. De 2008-2009 à 2010-2011, nous avons constaté une augmentation spectaculaire du pourcentage de RMI administrées dans la province. Au cours de cette période, la moyenne provinciale pour tous les traitements radicaux par RMI (à l'exception du cancer du sein) ont progressé de 17,7 à 32,2 pour cent, respectivement.

ACO contrôle actuellement la disponibilité des RMI en fonction des sites pathologiques pour faire en sorte que les patients susceptibles de bénéficier d'une RMI la reçoivent. Le Programme de radiothérapies de ACO poursuit l'amélioration des RMI en favorisant la mise en place d'un contexte favorable à l'échange des connaissances, à l'assurance de la qualité et à la mise en commun des meilleures pratiques entre les centres de cancérologie, en mettant en place des initiatives ciblées de mentorat et en assurant un meilleur accès aux cours et forums spécialisés.

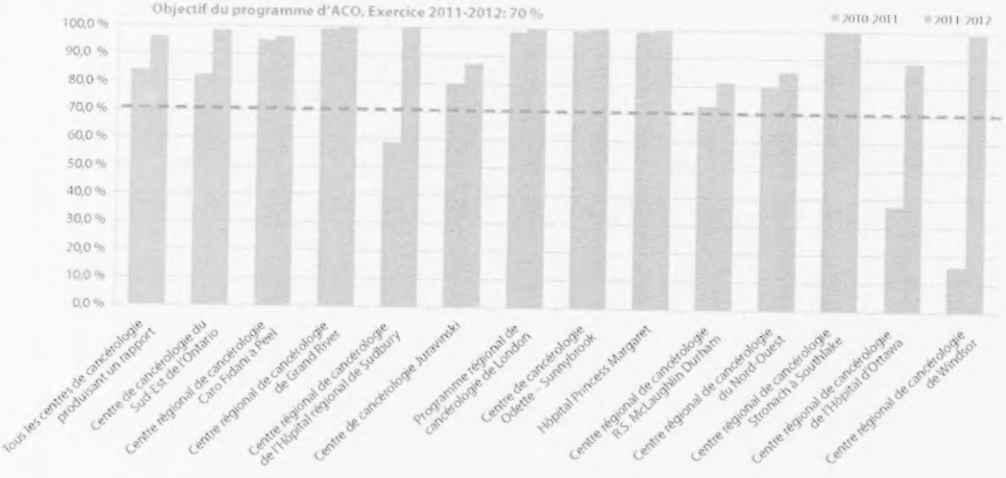
Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Mis en œuvre des cibles de rendement spécifiques pour les pathologies afin de préciser la disponibilité accrue des RMI en Ontario. Ces nouveaux indicateurs ont accru la capacité de ACO à contrôler le caractère approprié des soins.
- Organisé des cours de formation, des forums et des conférences pour 936 spécialistes multidisciplinaires de la santé, ce qui comprend des oncologistes radiologistes, des radiothérapeutes et des physiciens médicaux de toutes les régions de la province.
- Fait appel à des équipes spécialisées de mentorat provenant de programmes bien établis afin d'assurer une formation directe, de mettre en commun les meilleures pratiques et d'accélérer la mise en œuvre des RMI. Ces équipes ont assuré l'orientation de 11 centres de cancérologie qui élaboraient leurs programmes.

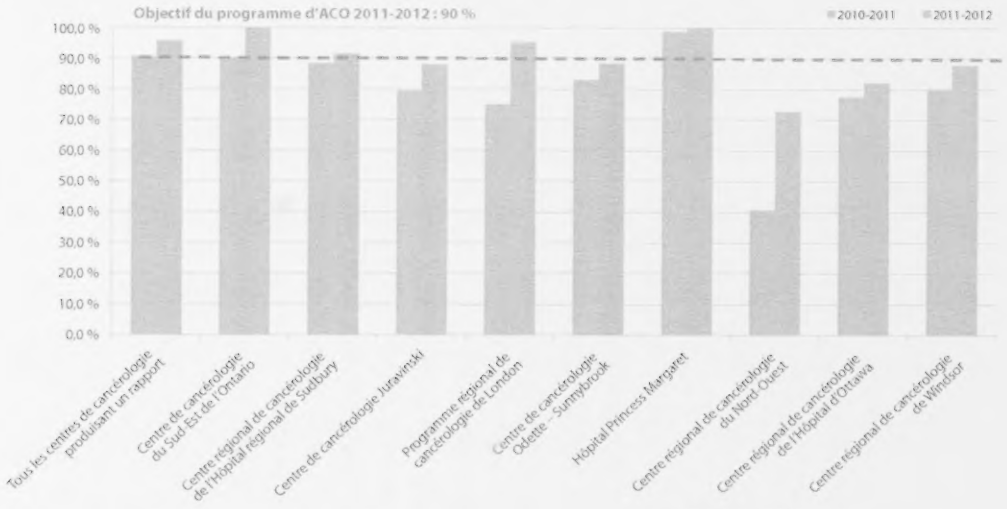
ACO produit des rapports sur les objectifs de rendement dans le cas de six sites particuliers : prostate, sein, thyroïde, tête et cou, système nerveux central et sarcome. Comme les graphiques l'indiquent, nous dépassons les niveaux de rendement visés à l'échelon provincial dans le cas des cancers du sein, de la tête et du cou, et de la prostate. Dans le cas des trois autres sites, on a aussi atteint ou dépassé les objectifs à l'échelon provincial, sauf dans le cas du sarcome. ACO collabore avec les centres pour atteindre les objectifs de rendement en 2012 2013 et minimiser la variation à l'échelon de la province.

Pourcentage des radiothérapies administrées dans le cadre d'une RMI pour le cancer de la prostate, en 2009, 2010, et 2011, par centre de cancérologie



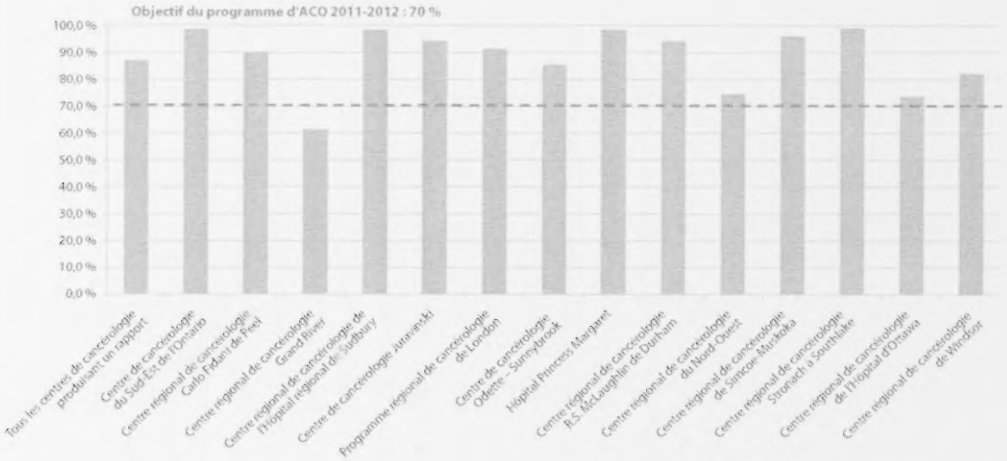
Date du rapport : mai 2012
Sources de données : Signalement des niveaux d'activité, Système de gestion de l'information en pathologie
Préparé par : Action Cancer Ontario, Informatique du cancer
Notes : Un centre est exclu à cause des faibles volumes

Pourcentage total des traitements radicaux administrés par RMI contre le cancer de la tête et du cou (Exercices 2010 2011, 2011 2012), par centre de cancérologie



Date du rapport : Mai 2012
Sources de données : Rapports sur les niveaux d'activité
Produit par : Action Cancer Ontario, Informatique sur le cancer
Note : 1. Carlo Fidani (Peel) et CRCMD (Oshawa) n'offrent pas de services de radiothérapie de la tête et du cou
2. Certains centres ont été supprimés à cause des faibles volumes

Pourcentage de traitements radicaux administrés par RMI contre le cancer du sein (juillet à décembre 2011), par centre de cancérologie



Date du rapport : Mai 2012
Sources de données : Rapports sur les niveaux d'activité
Produit par : Action Cancer Ontario, Informatique sur le cancer
Note : Des centres de cancérologie viennent tout juste de commencer à coder la RMI contre le cancer du sein en avril 2011

Préparer l'avenir

- ACO a déjà adopté un ensemble de cibles de rendement spécifiques aux pathologies pour six sites servant à la détermination du rendement. Cinq de ces six sites pathologiques ont atteint leurs cibles pour 2011-2012. Ces initiatives ont amélioré l'accès des patients aux RMI. ACO continue de suivre la disponibilité des RMI dans toutes les régions de l'Ontario.

RADIOTHÉRAPEUTES CLINICIENS SPÉCIALISÉS (RTCS)

La charge croissante du cancer et les pressions exercées sur les ressources humaines constituent des facteurs importants qui ont des incidences sur la prestation au moment opportun de radiothérapies de qualité aux patients de l'Ontario. En vue de résoudre ces difficultés, le MSSLD a financé une série de projets visant à étudier une nouvelle formule pour la prestation des soins de santé, soit les Radiothérapeutes cliniciens spécialisés (RTCS). Lors d'un projet pilote, le recours à des RTCS a permis d'améliorer l'accès aux services, de réduire les temps d'attente et d'améliorer les processus.

C'est pourquoi, au cours de la phase suivante de cette initiative, le Projet de durabilité pour les RTCS a été autorisé en vue d'intégrer de façon permanente la fonction des RTCS dans le réseau de cancérologie de l'Ontario en établissant un modèle susceptible d'assurer la mise en œuvre standardisée de postes de RTCS dans la province.

Ce projet mettra l'accent sur six facteurs essentiels reliés à la durabilité à long terme du rôle des RTCS :

1. Prolongement des ententes avec chacun des employeurs des premiers RTCS. Ces ententes orientent la relation permanente établie et permettent de superviser la collecte continue des données.
2. Mise sur pied et supervision d'une équipe de soutien à l'intégration des RTCS déjà en place et des nouveaux venus dans des équipes de soins de cancérologie.
3. Aide à l'embauche de RTCS additionnels et soutien continu pour la mise en œuvre et l'évaluation des postes.
4. Officialisation du rôle des RTCS grâce à une collecte continue de données et à la collaboration avec les organismes pertinents.
5. Élaboration de modèles de soins structurés pour la radiothérapie qui tiennent compte de la contribution des RTCS. Possibilité de nouveaux rôles en vue de maximiser l'efficacité du réseau.
6. Création de connaissances et initiatives de transfert, notamment par le biais d'enquêtes réalisées par les employeurs en vue de contribuer à une meilleure connaissance du marché du travail.

Faits saillants

En 2011-2012, nous :

- Avons constaté que les RTCS dans trois centres de cancérologie avaient permis de réduire les temps d'attente et d'améliorer l'accès pour les patients. Ils ont :
  - Déterminé les possibilités et accru l'efficacité des soins grâce à l'innovation et à de meilleurs services.
  - Contribué à l'acquisition de connaissances sur la pratique de la radiothérapie et la médecine générale des radiations en publiant des monographies, en réalisant des présentations et en participant à des travaux de recherche.
  - Fait des propositions choisies pour l'ouverture de nouveaux postes de RTCS.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Intégrerons de façon permanente la fonction de RTCS dans le réseau de cancérologie de l'Ontario.
- Élargirons cette fonction aux programmes régionaux de cancérologie de la province.
- Travaillerons en collaboration avec l'Association canadienne des technologues en radiation médicale afin d'officialiser la fonction de RTCS.

TRAITEMENTS SYSTÉMIQUES

Les traitements systémiques, ou chimiothérapie, font appel à des médicaments pour ralentir ou interrompre la multiplication et la dissémination des cellules cancéreuses. Plus la chimiothérapie est administrée de façon précoce, meilleurs sont les résultats pour le patient.

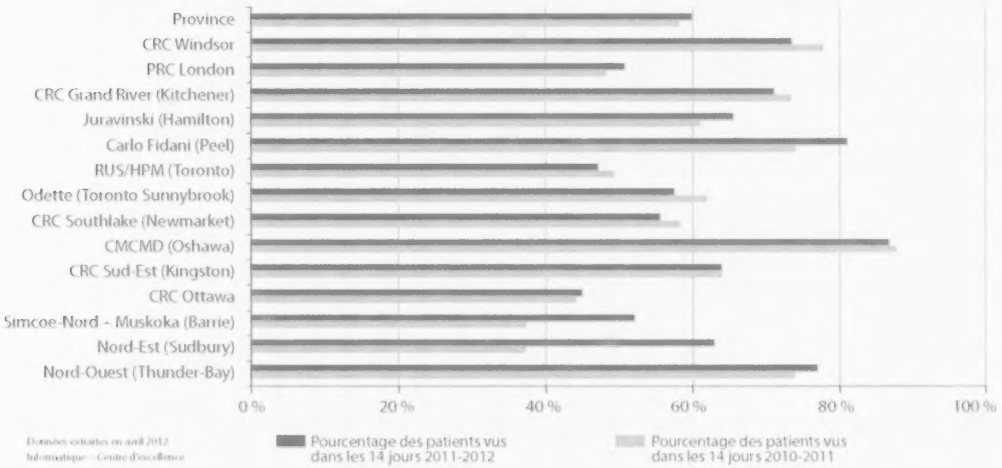
Amélioration des temps d'attente avant le traitement

Les temps d'attente avant un traitement systémique ont été améliorés malgré l'incidence et la prévalence accrues du cancer ainsi que la demande croissante pour les services de cancérologie. Les temps d'attente avant un traitement systémique sont compilés en fonction de deux intervalles :

1. **Temps d'attente en fonction des cibles pour l'Orientation et la consultation** – Intervalle entre l'orientation vers un spécialiste et le moment de la consultation par le patient avec le spécialiste. La cible est de 14 jours.
2. **Temps d'attente par cible entre la Consultation et le traitement** – Intervalle entre le moment de la consultation d'un spécialiste par le patient et le moment où le patient reçoit son premier traitement de chimiothérapie. La cible est de 28 jours.

Temps d'attente entre l'aiguillage pour un traitement systémique et la consultation – Pourcentage des patients vus dans les 14 jours

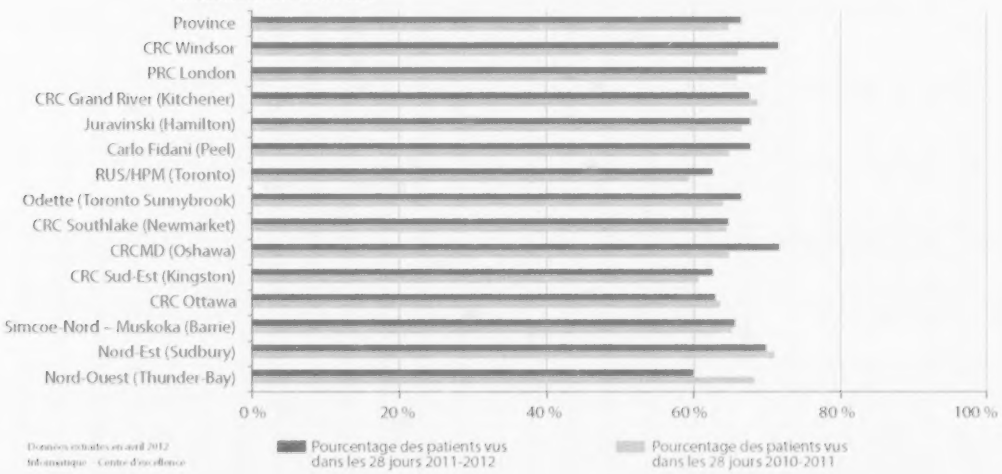
Exercices 2010-2011 et 2011-2012



Données extraites en avril 2012
Informatique – Centre d'excellence

Temps d'attente entre la consultation pour traitement systémique et le traitement – Pourcentage des patients traités dans les 28 jours

Exercices 2010-2011 et 2011-2012



Données extraites en avril 2012
Informatique – Centre d'excellence

Cas en 2011-2012 (après réaffectation en cours d'exercice) :

Nouveaux cas systémiques :

- 48 984 (dont 4 853 cas autres que dans des Centres régionaux de cancérologie)

ACO élargit et améliore le recours au Système informatique de prescription médicale en chimiothérapie (SIPMC). Le SIPMC est un instrument essentiel qui rehausse la sécurité des patients en réduisant les erreurs par rapport aux lignes directrices, en favorisant la compréhension des régimes médicamenteux complexes et en limitant l'exposition des fournisseurs de soins de santé aux cytotoxines. Avec le soutien de Santé électronique Ontario, le projet d'élargissement du SIPMC a permis :

- D'assurer l'utilisation dans 15 centres additionnels du logiciel OPIS de commande des médicaments chimiothérapeutiques de ACO. (Achèvement prévu du projet en mars 2013).
- De favoriser l'élaboration de lignes directrices sur les meilleures pratiques pour les systèmes SIPMC.
- D'améliorer l'instrument d'information clinique du Formulaire des médicaments de ACO afin de favoriser un meilleur accès aux points de soins.

Programme régional de traitements systémiques

Le Programme régional de traitements systémiques (PRTS) vise à assurer la prestation de traitements systémiques de la plus haute qualité pour tous les citoyens de l'Ontario, le plus près possible de leur domicile. Grâce à l'association en collaboration de programmes et de partenariats régionaux, à la mise en place de réseaux, au partage des meilleures pratiques et à la mise en œuvre de lignes directrices fondées sur la recherche, le PRTS a permis d'établir un certain nombre de normes fondées sur la recherche pour la prestation sûre et efficace des traitements systémiques.

L'évaluation faite par ACO de la mise en œuvre du Plan provincial pour le PRTS permet aujourd'hui d'informer les prochaines étapes des plans de prestation de services pour d'autres programmes cliniques. Le PRTS assure également l'élaboration d'un nouveau modèle de financement par patient plus équitable pour les traitements systémiques.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Porté à 96 pour cent le nombre d'hôpitaux de l'Ontario dispensant des chimiothérapies qui s'étaient dotés de politiques et méthodes à jour pour la manipulation sans danger des médicaments immunosuppresseurs appelés cytotoxiques. Le pourcentage était de 84 pour cent en 2010. La prestation de soins sûrs et de grande qualité nécessite également une formation appropriée pour les infirmières autorisées qui dispensent les chimiothérapies et les biothérapies. Au deuxième trimestre de l'exercice 2011-2012, 98 pour cent du personnel infirmier avaient reçu cette formation structurée.
- Mis sur pied un groupe coopératif sur la sécurité des patients et des fournisseurs de soins. Dans le cadre de cette initiative, 20 équipes interdisciplinaires ont collaboré à des projets visant l'amélioration de la sécurité en Ontario afin de rehausser le processus de prestation des traitements systémiques. Elles ont mis l'accent sur les éléments suivants :
  - Élimination en toute sécurité des produits.
  - Étiquetage.
  - Nettoyage.
  - Amélioration de la formation, de la documentation et des processus.
- Approfondi la planification systémique pour tenir compte de la demande accrue prévue pour les traitements. ACO a travaillé en étroite collaboration avec les intervenants provinciaux pour déterminer les ressources humaines nécessaires en santé, notamment les oncologistes médicaux.
- Fourni des fonds différentiels pour les traitements systémiques aux hôpitaux communautaires pour leur permettre d'élargir leur capacité et de dispenser des soins à proximité du domicile des patients. ACO recueille également des données sur les temps d'attente auprès des hôpitaux communautaires pour favoriser la planification continue, le contrôle, l'évaluation et l'amélioration de la prestation des traitements systémiques.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Continuerons de mettre l'accent sur la sécurité grâce à l'application de lignes directrices nouvelles et mises à jour sur la manipulation et l'administration en toute sécurité des traitements systémiques. ACO travaille de concert avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) afin d'améliorer le Système national de déclaration des accidents et incidents (SNDAI) afin de recueillir des données sur les traitements systémiques et de mettre en œuvre une stratégie sur les communications et la mise en place du système. Dans le cadre de ce programme :
  - Nos partenaires régionaux mettront en œuvre une initiative quantifiable d'amélioration de la qualité au niveau local.
  - Les analyses et la cartographie des indicateurs de qualité et d'accès seront davantage axées sur les patients.

PROGRAMMES PROVINCIAUX DE REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS

Parmi les programmes de remboursement des médicaments de l'Ontario, trois sont administrés par l'Unité des programmes provinciaux de remboursement des médicaments de ACO. Il s'agit des programmes suivants :

Programme de collecte de données

Le Programme de collecte de données (PCD) vise à résoudre l'incertitude qui entoure les données cliniques et se rapportant à l'élargissement de la couverture des médicaments contre le cancer en Ontario. Le PCD complète et élargit le Programme de financement des nouveaux médicaments de l'Ontario (PFNM) ainsi que le processus selon lequel les décisions touchant le financement des médicaments sont prises dans la province.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Commencé à administrer le nouveau Programme de collecte de données (PCD) du MSSLD pour les médicaments contre le cancer, qui vise à résoudre l'incertitude qui entoure les données cliniques et la rentabilité se rapportant à l'élargissement de la couverture des médicaments contre le cancer en Ontario. Le PCD a été conçu pour compléter le Programme de financement des nouveaux médicaments de l'Ontario (PFNM) pour les médicaments contre le cancer, ainsi que le processus selon lequel les décisions touchant le financement des médicaments sont prises.
- Travaillé de concert avec le MSSLD afin d'élaborer les paramètres du nouveau PCD et publié une ébauche de politique sur notre site web. Par la suite, ACO et le MSSLD ont consulté plus de 140 organismes et particuliers afin de recueillir leurs observations.
- Publié la politique définitive à la fin de 2011. En vertu de cette politique, pour qu'un médicament contre le cancer soit intégré au PCD, il doit y avoir des données évolutives, mais incomplètes sur ses avantages. ACO peut ainsi financer le médicament pendant une période limitée afin de recueillir des données concrètes sur son efficacité clinique et sa rentabilité. Ces données sont ensuite utilisées par le MSSLD pour préparer une modification définitive aux critères de financement existants.
- Financé le premier médicament dans le cadre du PCD, soit l'herceptine, lorsqu'il est administré en association avec une chimiothérapie pour le traitement des tumeurs mammaires ayant un diamètre de un centimètre ou moins chez les femmes dont les ganglions lymphatiques sont négatifs mais qui sont positives pour le HER2. Au 13 mars 2012, 54 patientes avaient reçu des fonds du PCD pour la prise d'herceptine.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Assurerons la mise en œuvre complète du programme permanent qui soutient le PCD.
- Mettrons en place les infrastructures nécessaires pour soutenir les Groupes des sites pathologiques de l'Ontario qui préparent les propositions de financement dans le cadre du programme.
- Explorerons les relations existantes avec les groupes conseils externes et élaborerons un cadre d'évaluation pour le premier médicament financé par le programme.
- Collaborerons avec les Groupes des sites pathologiques provinciaux pour élaborer des propositions de financement de médicaments par le PCD.
- Évaluerons la pertinence des lignes directrices sur les traitements PCD et mettrons en œuvre un processus pour faire en sorte que les lignes directrices soient à jour.
- Élaborerons des indicateurs de rendement pour évaluer le programme et en faire rapport.
- Intégrerons un processus de demande pour les patients et d'évaluation des demandes conformément à la solution web retenue par le PFNM pour l'évaluation des demandes et les remboursements.
- Poursuivrons notre collaboration avec les intervenants.

Programme de réexamen cas par cas

Le Programme de réexamen cas par cas (PRCPC) étudie les demandes de financement pour les médicaments contre le cancer (traitements par voie orale et médicaments injectables) pour les patients qui sont dans une situation clinique rare et qui menace immédiatement leur vie (selon la définition, le décès est probable dans les mois qui suivent) et qui ont besoin d'un traitement à l'aide d'un médicament non subventionné étant donné qu'il n'y a pas d'autres possibilités satisfaisantes ni autres solutions de financement.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Commencé à administrer le Programme de réexamen cas par cas de l'Ontario au nom du MSSLD. Ce programme prolonge et adapte la Politique de réexamen pas compassion existante du MSSLD aux traitements qui seront administrés dans les centres de cancérologie et les hôpitaux. Au 13 mars 2012, le PRCPC avait reçu 38 demandes.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Continuerons d'évaluer les critères politiques en fonction de l'objectif général du programme.
- Travaillerons de concert avec le MSSLD afin d'étudier de nouvelles façons d'harmoniser le processus de demande et d'évaluation.
- Évaluerons la possibilité d'intégrer le processus de demande et d'évaluation pour les patients à la solution web du PFNM pour l'évaluation des demandes et les remboursements.
- Élaborerons des indicateurs de rendement permettant d'évaluer le programme et d'en faire rapport pour nous assurer :
  - Que les demandes sont étudiées en temps opportun et de façon efficace, cohérente et transparente.
  - Que les ressources nécessaires sont en place pour soutenir les activités.

Programme de financement des nouveaux médicaments

Le Programme de financement des nouveaux médicaments (PFNM) subventionne les nouveaux médicaments contre le cancer, qui sont souvent très coûteux, dans la mesure où leur administration est sous-tendue par des lignes directrices cliniques et des données pharmaco-économiques. Ce programme a été mis sur pied en 1995 pour faire en sorte que tous les patients de l'Ontario aient un accès égal à des médicaments contre le cancer de grande qualité administrés par injection dans les hôpitaux.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Remboursé plus de 25 000 patients pour un total de 27 médicaments contre le cancer destinés à 67 indications, à un coût approximatif de 220 millions $.
- Autorisé six nouvelles indications de cancer.
- Collaboré étroitement avec les ministères interprovinciaux de la santé et les organismes de cancérologie afin de mettre en œuvre un Comité de réexamen des médicaments oncologiques (CRMO) pancanadien permanent dans le cadre de nos efforts pour favoriser un processus national d'examen et profiter de l'expertise clinique et pharmaco-économique de toutes les régions du Canada.
- Continué de soutenir les Groupes des sites pathologiques de ACO afin de corriger les lacunes au plan du financement découlant des nouvelles données ou des modifications apportées aux normes de soins.
- Entrepris l'élaboration d'une solution web pour la présentation et l'évaluation des demandes de remboursement assurant une interface avec les bases de données sur les traitements systémiques de ACO susceptibles d'améliorer l'efficacité du PFNM pour la mise en œuvre et l'administration des politiques de financement, l'évaluation des demandes et les remboursements faits aux hôpitaux. Cette solution permettra également d'améliorer l'expérience des usagers en fournissant des instruments à l'appui des décisions lorsqu'une chimiothérapie est prescrite.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Collaborerons à l'amélioration du Système informatique de prescription médicale en chimiothérapie de ACO en assurant la mise en œuvre d'une interface améliorée pour le PFNM ainsi qu'un logiciel de facturation financés par Santé électronique Ontario.
- Mettrons en œuvre les recommandations pertinentes du Comité de réexamen des médicaments oncologiques pancanadiens.
- Améliorerons le processus de présentation des médicaments par les Groupes des sites pathologiques.
- Mettrons en œuvre un cadre structuré d'évaluation et d'établissement de rapports pour tous les programmes de remboursement des médicaments de ACO en vue d'assurer une meilleure efficacité opérationnelle.
- Collaborerons avec le Bureau du respect de la vie privée de ACO afin de réexaminer et de mettre à jour les questions relatives à la confidentialité pour tous les programmes de remboursement.
- Élaborerons et mettrons en œuvre un processus externe de vérification.
- Continuerons d'améliorer les communications du programme et la transparence des politiques et processus.

IMAGERIE DU CANCER

Le programme d'imagerie du cancer de ACO continue de s'élargir et de promouvoir le recours approprié et sans danger à l'imagerie à chacune des étapes du traitement du cancer.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Organisé une initiative de renforcement du leadership pour les responsables régionaux de l'imagerie médicale afin de leur permettre de mieux communiquer aux milieux de la radiologie les questions relatives à l'imagerie du cancer. Ils ont également resserré entre eux les liens de collaboration et mis en commun de l'information sur les activités et priorités régionales.
- Commandité la rédaction de lignes directrices cliniques fondées sur la recherche afin de déterminer les applications actuelles de la RMN mammaire à l'étape préopératoire et lors du dépistage du cancer du sein, et établi les normes sur les meilleures pratiques pour l'imagerie en cas de cancer du poumon et colorectal à chacune des étapes du cheminement des patients.
- Mis l'accent sur l'accès aux interventions radiologiques en oncologie, la collecte de données auto déclarées standardisées sur les temps d'attente, la demande et les capacités, en plus d'élaborer par la suite des recommandations à ce sujet. Nous avons déterminé quels étaient les temps d'attente les plus longs même s'il n'y avait pas d'obstacles évidents pour l'accès aux interventions d'insertions périphériques de cathéter central pour les cathéters portatifs et les biopsies pulmonaires guidées par tomodensitométrie.
- Réalisé une étude sur le seuil de préparation des rapports synoptiques en imagerie afin de recueillir des données cliniques et techniques sur la mise au point d'une stratégie provinciale en matière de rapports synoptiques.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Élaborerons une stratégie visant à déployer les rapports synoptiques dans toute la province.
- Continuerons d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer des lignes directrices appropriées pour l'imagerie de nouveaux sites pathologiques prioritaires et les sites existants.
- Mettrons en œuvre un plan d'action afin de réduire les temps d'attente avant une intervention radiologique en oncologie.

Programme de tomographies par émission de positrons (TEP)

Le Programme d'imagerie du cancer a également la responsabilité du Programme de tomographie par émission de positrons (TEP) de ACO. Le programme TEP gère le volet création de données probantes des services provinciaux d'imagerie TEP, y compris le groupe consultatif d'experts (Comité directeur de l'imagerie TEP), l'étude des données probantes et l'accès des patients aux indications nouvelles pour l'imagerie TRP et leur évaluation afin d'assurer un accès approprié aux services d'imagerie TEP dans la province.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Recommandé l'inclusion du cancer de l'œsophage comme service assuré et obtenu l'approbation du MSSLD.
- Établi un sous-comité sur la TEP en pédiatrie pour représenter les besoins des patients en pédiatrie.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Élargirons l'accès aux nouvelles indications pour la TEP.
- Maintiendrons notre transparence à l'égard des processus et des décisions portant sur l'imagerie par TEP.

ONCOLOGIE MOLÉCULAIRE

L'oncologie moléculaire, qui est un domaine de la médecine personnalisée, fait appel aux données sur la composition génétique d'une personne pour prévoir le cancer et son pronostic, établir le diagnostic et contrôler et choisir les traitements les plus susceptibles d'être profitables pour chaque patient.

La médecine personnalisée, qui permet d'adapter les traitements médicaux en fonction des caractéristiques particulières de chaque patient, transformera de manière fondamentale la façon dont le cancer est diagnostiqué et traité. La médecine personnalisée est fondée sur une compréhension de la façon dont la structure moléculaire et génétique de chaque personne la rend sensible à certaines pathologies. Elle détermine également quels sont les traitements médicaux qui devraient être sûrs et efficaces et ceux qui ne le sont pas

Comme chaque personne est unique, la nature de la maladie, notamment son apparition, son évolution et la façon dont elle réagit aux médicaments ou aux autres interventions, est aussi individuelle que chaque personne. La médecine personnalisée cherche à personnaliser les traitements autant que le sont le patient et la maladie.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Poursuivi notre travail en vue d'élaborer un processus d'examen visant à établir notre position sur la mise en œuvre de nouveaux examens, de prévisions diagnostiques et de traitements ciblés se rapportant au cancer. Grâce à ce processus, ACO peut répondre aux demandes du MSSLD et collaborer avec ses partenaires sur l'adoption au moment opportun de nouveaux tests.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Travaillerons avec les personnes intéressées et le MSSLD afin d'élaborer une structure décisionnelle et une stratégie touchant la médecine personnalisée, en rapport avec l'oncologie, conformément aux priorités stratégiques sur la médecine personnalisée du Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario 2011-2015.

GROUPE COLLABORATIF ONTARIEN POUR LE TRAITEMENT DES SYMPTÔMES DU CANCER

Le Groupe collaboratif ontarien pour le traitement des symptômes du cancer (GCOTSC) vise à fournir aux patients une expérience d'excellence à chacune des étapes de leur traitement contre le cancer en améliorant la qualité et l'uniformité de la planification des soins et du traitement des symptômes physiques et affectifs.

Le Groupe assure la participation active de tous les Programmes régionaux de cancérologie à la mise en œuvre d'instruments standardisés d'évaluation et de traitement.

Les patients peuvent faire par eux-mêmes l'évaluation de leurs symptômes à l'aide du Système d'évaluation des symptômes d'Edmonton (SESE). La majorité des patients le font de façon électronique grâce à l'instrument de Collecte et d'évaluation interactive des symptômes (CEIS), qui leur permet de visualiser leurs progrès en fonction du temps et donne aux cliniciens un aperçu de la façon dont les patients se sentent d'une visite à la suivante.

Faits saillants

En 2011-2012, nous :

- Avons constaté que la proportion des patients atteints d'un cancer qui font tous les mois l'évaluation de leurs symptômes dans les centres régionaux de cancérologie s'est accrue de façon continue, passant de 30 pour cent en 2009 à 51 pour cent en 2011. En 2011-2012, environ 112 500 patients ont évalué par eux-mêmes leurs symptômes. À l'heure actuelle, 31 hôpitaux, soit sept hôpitaux de plus, mettent à la disposition de leurs patients un instrument électronique d'évaluation.
- Entrepris des activités d'échange et de transfert des connaissances (ETC) dans toutes les régions afin de soutenir la diffusion et l'application élargies des guides sur le traitement des symptômes publiés en 2010. Nous avons évalué la concordance des guides et leur utilisation par les cliniciens grâce à des vérifications et des enquêtes sur la satisfaction des patients. Les résultats des enquêtes seront rendus publics dans le cadre de l'Indice de qualité du réseau de cancérologie. Les premières données indiquent que le SESE est un instrument très apprécié par les patients.
- Réaménagé l'instrument CEIS pour fournir une plateforme technique et ajouter d'autres résultats évalués par les patients en plus du SESE.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Continuerons d'évaluer le système d'évaluation des symptômes et d'en faire rapport, en plus d'offrir l'instrument CEIS à de nouveaux partenaires régionaux.
- Publierons quatre nouveaux guides sur le traitement des symptômes. Les régions devront réaliser diverses activités se rapportant à l'ETC et à l'évaluation des applications.
- Commencerons à diffuser le nouvel instrument CEIS et à y ajouter d'autres mesures des résultats évaluées par le patient.
- Poursuivrons notre travail avec les centres régionaux de cancérologie pour nous assurer que les patients profitent d'un traitement approprié de leurs symptômes et d'une expérience enrichie à chacune des étapes de leur lutte contre le cancer.

PROGRAMME POUR LES SURVIVANTS

Le Programme pour les survivants contribue à l'atteinte des priorités stratégiques décrites dans le PLCO III. Lorsqu'elles seront intégralement mises en œuvre, ces initiatives permettront d'axer davantage sur le patient les soins destinés aux survivants, d'améliorer l'expériences des patients et de mieux profiter à l'ensemble des cliniciens et du réseau de cancérologie.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Mis en œuvre des modèles pour les survivants du cancer colorectal ainsi que des projets pilotes et les soins de suivi dans trois régions de l'Ontario.
- Réalisé des lignes directrices fondées sur la recherche touchant les soins de suivi après un cancer colorectal, en collaboration avec le Programme de soins fondé sur les résultats de la recherche.
- Mené à bien une évaluation de l'état courant des pratiques touchant les soins de suivi et les soins destinés aux survivants en Ontario.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Évaluerons les incidences des projets pilotes sur les soins de suivi et les soins destinés aux survivants du cancer colorectal.
- Mettrons en œuvre de nouveaux modèles pour les soins de suivi après un cancer du sein dans l'ensemble des 14 régions.
- Réaliserons des activités sur l'acquisition et l'échange de connaissances afin de favoriser la dissémination et l'adoption des lignes directrices et des instruments.
- Élaborerons des lignes directrices additionnelles consensuelles et fondées sur la recherche, en collaboration avec le Programme de soins fondés sur les résultats de la recherche.

SUPERVISION DES SERVICES SPÉCIALISÉS

L'une des stratégies décrites dans le PLCO III est d'assurer la supervision des services spécialisés (ce qui comprend la planification et la gestion de la qualité), notamment les services de transplantation des cellules souches et les services dispensés en cas de trouble neuroendocriniens, de leucémie aiguë et de sarcome.

Ces services très complexes, à faible volume et à coût élevé sont offerts dans des centres provinciaux d'excellence et non pas dans toutes les régions desservies par un RLIS. Même si la nature de chaque programme varie, une approche commune est nécessaire comportant les éléments suivants :

- Coordination provinciale des lignes directrices cliniques.
- Normes pour la qualité et les données.
- Planification au niveau du réseau et adoption de nouvelles techniques et technologies.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Déterminé que le programme de supervision des transplantations de cellules souches mettait l'accent sur la gestion de la capacité et la planification de la croissance prévue. Les six centres de transplantation de l'Ontario, à Toronto, Hamilton, London, Kingston, Ottawa et Sudbury, ont travaillé en collaboration pour comprendre la demande future et la disponibilité des services, en plus d'améliorer les modèles d'orientation. Le financement des transplantations de cellules souches se poursuit. Nous en sommes à l'heure actuelle à la collecte et à l'analyse des mesures sur la qualité et l'accès, notamment les temps d'attente, pour faire en sorte que tous les citoyens de l'Ontario aient un accès équitable à des services de grande qualité.
- Élaboré, à la suite des pressions exercées dans la Région du Grand Toronto, un plan destiné à :
  - Assurer un accès approprié (capacité et durabilité) aux services de traitement de la leucémie aiguë à chacune des étapes du cheminement des patients.
  - Accroître la qualité et la sécurité des services administrés en cas de leucémie aiguë.

  Après sa mise en œuvre, le plan devrait permettre aux patients d'avoir accès aux soins près de leur domicile, et réduire la nécessité des déplacements en dehors de la collectivité en raison d'hospitalisations et de visites fréquentes en clinique externe. La leucémie aiguë est une maladie à évolution rapide qui nécessite un traitement intense et complexe administré en temps opportun.
- L'Ontario met en place une structure pour le recours à des produits radio-pharmaceutiques contre les tumeurs neuroendocrines, conformément aux recommandations du Comité de spécialistes de l'Ontario sur les tumeurs neuroendocrines, qui sont conformes aux nouvelles lignes directrices fondées sur la recherche. Au cours de l'exercice écoulé, des centres ont présenté des propositions qui répondaient aux critères définis touchant le service, l'innocuité et l'aspect clinique. La nouvelle structure de prestation des services assurera la coordination de centres de traitements multiples dans le cadre d'une Conférence multidisciplinaire provinciale sur le cancer (CMC) et d'ententes sur les essais cliniques avec Santé Canada.
- Élaboré une approche coordonnée, multidisciplinaire et spécialisée en vue de dispenser des services sûrs et de qualité pour le traitement des sarcomes. Il faut à cette fin réaliser des examens complexes, et assurer des soins de suivi dans des centres spécialisés. Au cours de l'exercice écoulé, ACO a entrepris de financer des services de soins particuliers dans les centres reconnus pour le traitement des sarcomes. Une stratégie de communication, qui comprendra des ressources basées sur le web et des communications directes avec les fournisseurs de soins, sera mise sur pied pour relier les patients et les fournisseurs de soins aux équipes multidisciplinaires pour le traitement des sarcomes en Ontario.
- ACO est en voie d'élaborer une application pour accroître la collecte et l'analyse des données en vue d'améliorer l'accès, la qualité et le financement conformément aux objectifs de tous les programmes spéciaux de supervision. Ce système est mis en place pour tenir compte de la croissance future de chaque programme et des nouveaux programmes qui seront mis en œuvre.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Continuerons de mettre l'accent sur les questions se rapportant à la qualité et à l'accès dans le programme de transplantation des cellules souches en assurant l'élaboration de lignes directrices cliniques additionnelles sur la pratique et en analysant les indicateurs d'accès et de qualité en vue de déterminer les améliorations possibles. Pour faire en sorte que tous les citoyens de l'Ontario aient accès à des services appropriés de transplantation, nous entendons organiser une CMC provinciale.
- Mettrons en œuvre un plan pour les services de traitement de la leucémie dans la Région du Grand Toronto. Ce travail sera réalisé de façon à fournir une plateforme pour l'élargissement ultérieur des services dans toute la province.
- Ferons en sorte que les nouveaux centres de traitement commencent à administrer des traitements par radionucléides aux patients atteints de tumeurs neuroendocriniennes. Nous organiserons une CMC provinciale pour favoriser les décisions en matière de traitement et conclurons des ententes touchant les essais cliniques pour faire en sorte que les meilleurs soins possibles soient dispensés aux patients et qu'un cadre réglementaire durable soit adopté. De plus, nous commencerons à recueillir des données provinciales afin d'informer l'évolution du programme dans les années à venir.
- Élargirons le programme de traitement des sarcomes en élaborant des critères provinciaux destinés aux centres de traitement en vue d'assurer l'expansion appropriée du programme.

Infrastructures

PROJETS D'IMMOBILISATIONS

L'une des principales responsabilités de Action Cancer Ontario consiste à coordonner les investissements nécessaires pour construire et aménager les installations de diagnostic et de traitement du cancer. Ce mandat présente des aspects variés, depuis la construction de nouveaux centres de cancérologie jusqu'à la mise en œuvre de la Stratégie sur le remplacement des appareils de radiothérapie et du matériel connexe, qui vise à faire en sorte que les patients de l'Ontario profitent des infrastructures nécessaires pour répondre à leurs besoins et assurer la prestation de soins de qualité.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Poursuivi l'agrandissement des principales installations de traitement du cancer : Centre régional de cancérologie de North Simcoe Muskoka de Barrie, agrandissement du Centre de cancérologie du Sud-Est de l'Ontario à Kingston, et construction en cours du Centre de traitement du cancer familial Walker du Réseau de santé Niagara de St. Catharines, qui est un programme intégré du Centre de cancérologie Juravinski de Hamilton.
- Élaboré une stratégie sur les immobilisations pour les services de traitement par radiothérapie.
- Géré le fonds annuel de remplacement des appareils de radiothérapie, pour un total de 29,5 millions $, afin d'assurer un accès équitable à du matériel de qualité pour l'administration des radiothérapies dans toute la province. Ce fonds de 29,5 millions $ a été attribué à neuf centres régionaux de cancérologie en vue de remplacer leurs appareils de radiothérapie par des unités plus perfectionnées.
- Établi les modalités d'une Fiche fournisseurs pour les simulateurs de DT et les systèmes de planification des traitements en menant à bien l'élaboration des dispositions d'achat par la province du matériel essentiel de radiothérapie afin d'obtenir des prix concurrentiels.
- Procédé à l'ouverture du Centre de cancérologie de Sault Ste. Marie après l'achèvement de la construction du nouvel Hôpital de la région de Sault Ste. Marie.
- Assuré la livraison d'unités de radiothérapie au centre de Niagara. L'installation et la mise en service sont en cours.
- Réalisé les rapports d'évaluation technologique pour les nouvelles technologies récemment installées, notamment les unités CyberKnife à Ottawa et Hamilton et un simulateur de RMN à London.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous avons :

- Mis en œuvre la Stratégie sur les immobilisations, ce qui comprend la participation des intervenants, de nouvelles approches dans le déploiement des fonds pour le remplacement des appareils de radiothérapie et le classement prioritaire des immobilisations.
- Autorisé le financement d'appareils additionnels de radiothérapie à Durham, Grand River et Newmarket.
- Contrôlé et évalué l'installation de nouvelles technologies de radiothérapie et de simulation dans le cadre des immobilisations réalisées dans les nouvelles installations de traitement qui ouvriront leurs portes en 2012 à Barrie, Niagara et Kingston
- Assuré la relocalisation des installations mobiles de radiothérapie d'Ottawa à Peterborough afin de dispenser des soins aux patients dans cette région. La relocalisation de ces installations signifie qu'environ 400 patients chaque année n'auront plus à se rendre à Oshawa pour y recevoir leurs traitements.
- Déterminé l'emplacement de la relocalisation des installations mobiles de radiothérapie à Barrie
- Assuré la gestion du processus de financement pour le remplacement des appareils de radiothérapie en vue de répartir les sommes en cause en fonction des priorités provinciales; des fonds additionnels permettraient d'accroître le nombre d'appareils de radiothérapie désuets susceptibles d'être remplacés.

Faits saillants et réalisations 2011-2012

Gestion et technologie de l'information

Le Portfolio du Directeur de l'information (DI) comporte des informations susceptibles de mener à l'action et des instruments et services de gestion de l'information qui peuvent permettre d'améliorer le rendement du réseau de soins de santé de l'Ontario, accroître la qualité des soins et élargir les soins axés sur le patient. Le Portfolio du DI favorise le travail de ACO en cancérologie, l'accès aux soins et le traitement des maladies rénales chroniques tout en constituant une infrastructure interne robuste et efficace pour l'organisme.

Stratégie sur l'information (I^4)

En 2011, Action Cancer Ontario a rendu publique sa Stratégie sur l'information valable pour quatre ans, de 2011 à 2015. Elle établit les priorités du Portfolio du DI à l'appui du travail réalisé par ACO en cancérologie touchant l'accès aux soins et le traitement des maladies rénales chroniques, tout en constituant une infrastructure interne de premier plan pour ACO.

Le cadre de la Stratégie sur l'information comporte quatre éléments clés :

1. Infrastructures
2. Instrumentation du réseau
3. Informatique
4. Innovation

Chaque élément comporte son but pour 2015 et chacun joue un rôle crucial dans notre capacité de répondre aux besoins de nos clients. Globalement, ces éléments ont un pouvoir exponentiellement plus grand que la somme de leur tout. C'est ce que nous appelons « information à la puissance quatre », ou I^4.

1. Infrastuctures

Le personnel, le processus et la technologie appropriés

Objectif 2015 : Créer une fondation robuste pour la prestation de produits et services d'information et de technologie ainsi que d'informations susceptibles de mener à l'action.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Lancé des applications mobiles pour les utilisations cliniques et publiques :
  - Guides sur le traitement des symptômes permettant aux cliniciens de disposer de lignes directrices pour le traitement pharmacologique et non pharmacologique des symptômes des patients en fonction de l'auto-évaluation des symptômes faite par le patient.
  - Formulaire des médicaments, qui constitue un document de référence pour les cliniciens et les patients touchant l'administration en toute sécurité de médicaments pour le traitement du cancer.
- Élaboré un site externe permettant aux intervenants et partenaires provinciaux de ACO de collaborer et de mettre en commun de l'information sur divers projets et programmes.
- Harmonisé les services de Traitement de l'identité et de l'accès (TIA) et du programme ONE ID de Santé électronique de façon à fournir un cadre de travail privé et sécurisé pour les utilisateurs.
- Appliqué des données de l'Entrepôt de données Enterprise afin d'améliorer le suivi des données de cancérologie en Ontario.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Continuerons d'élargir les capacités de notre personnel en fonction des compétences souhaitées en vue de répondre efficacement aux besoins de notre clientèle.
- Resserrerons les liens de collaboration actuels en plus d'établir de nouveaux partenariats avec les intervenants avec lesquels nous avons des objectifs communs pour harmoniser notre travail avec celui de nos partenaires actuels et futurs.
- Déterminerons de nouvelles façons d'utiliser la technologie mobile pour avoir accès à de l'information.

2. Instrumentaliser le réseau

Outils et systèmes permettant de capturer et de transmettre des données

Objectif 2015 : Appliquer des solutions d'informations et de technologies structurées et intégrées à chacune des étapes du cheminement des patients.

PROGRAMMES D'INFORMATION

Les quatre Programmes d'information du Portfolio du DI contribuent à élaborer des informations susceptibles de mener à l'action, ce qui représente une composante essentielle visant à susciter des transformations. Ces programmes sont les suivants :

Programme d'information sur le cancer

En collaboration avec l'équipe de direction du programme de cancérologie, le Programme d'information sur le cancer assure l'orientation de la planification stratégique et commerciale en GI/TI ainsi que la coordination des services GI/TI de cancérologie pour l'ensemble du Portfolio du DI. En collaboration avec les responsables des programmes cliniques, il permet d'élaborer des recommandations pertinentes sur la gestion du rendement à l'intention des principaux intervenants, des responsables politiques et des fournisseurs de soins de santé en vue d'élaborer des initiatives sur la qualité et d'accroître la prestation de soins sûrs et de qualité aux patients atteints d'un cancer.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Établi des liens d'accès directs entre le Système informatique de prescription médicale en chimiothérapie (SIPMC) et le Formulaire des médicaments basé sur le web de ACO. Cette initiative s'inscrivait dans le cadre du Projet (2011-2013) du Programme d'information sur les traitements systémiques subventionné par Santé électronique Ontario. Le système OPIS a été implanté dans plus de 15 installations de traitement du cancer en Ontario.
- Élaboré des lignes directrices sur les meilleures pratiques pour le SIPMC, documents qui traitent de nombreux aspects de la pratique des traitements systémiques en oncologie, notamment les meilleures pratiques cliniques et les technologies de l'information. Ces lignes directrices établissent les critères minimaux et idéaux pour le SIPMC en Ontario.
- Renforcé le processus actuel du Programme de financement des nouveaux médicaments (PFNM) par le biais du système de demande électronique de ACO, qui constitue une nouvelle application unique, centralisée et fondée sur le web, souple et accessible par l'ensemble des installations pour la présentation de demandes de remboursement de médicaments contre le cancer.
- Inauguré le Formulaire des médicaments, qui constitue une application mobile gratuite du Apple App Store.
- Inauguré le site web TEP Ontario (Tomographie par émission de positrons) ainsi qu'un instrument électronique maintenant utilisé par neuf hôpitaux, trois centres privés de TEP et les médecins de l'Ontario inscrits à l'instrument électronique TEP.
- Inauguré la Phase 2 de la Solution de voie électronique – Programme d'évaluation diagnostique (SVE-PED), qui sera déployée dans quatre nouvelles régions en 2012. Nous avons également mené à bien la Phase 1 du Projet pilote de SVE-PED au Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay et au Centre régional de cancérologie de Grand River.
- Déterminé plus de 90 examens en laboratoire dans huit secteurs de programmation de ACO se rapportant au projet de laboratoire électronique; nous avons également collaboré avec Santé électronique Ontario et le MSSLD pour permettre aux laboratoires de recevoir les résultats provenant du Système d'information des laboratoires de l'Ontario (SILO).
- Réalisé des projets pilotes dans deux installations touchant une application qui permet de recueillir en toute sécurité des données sur les résultats aux points de prestation des soins pour les patients qui ont reçu une radiothérapie en raison d'un cancer de la tête et du cou.
- Mis en œuvre un rapport synoptique standardisé de pathologie, en collaboration avec les hôpitaux et les pathologistes, pour les patients traités dans 92 pour cent des hôpitaux de traitement du cancer de l'Ontario. Ces rapports sont conformes aux normes acceptées partout au Canada du College of American Pathologists (CAP). Nous avons également mis à jour les normes les plus récentes du CAP pour les hôpitaux et les pathologistes et porté de cinq à 63 le nombre de listes de contrôle
- Atteint un niveau supérieur à 90 pour cent pour la détermination des stades dans la population pour les quatre formes de cancer les plus courantes en Ontario, soit le cancer du sein, du côlon, de la prostate et du poumon, conformément à la norme pancanadienne de détermination des stades en collaboration. À cette fin, nous avons mis en place un système automatique de collecte des données provenant des rapports synoptiques de pathologie et assuré la liaison à distance des dossiers médicaux des patients atteints d'un cancer dans plus de 80 hôpitaux de traitement.
- Réorganisé l'application basée sur le web pour les patients du système de Collecte et évaluation interactive des symptômes (CEIS).

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Achèverons l'implantation du logiciel OPIS dans les autres hôpitaux de traitement du cancer de l'Ontario (le logiciel devrait être en place dans 18 hôpitaux additionnels d'ici le 31 mars 2013).
- Diffuserons les Lignes directrices sur les meilleures pratiques pour le SIPMC.
- Inaugurerons le système de demandes électroniques de ACO pour tous les hôpitaux de traitement actif du cancer de l'Ontario.
- Élargirons la SVE-PED à quatre autres régions de l'Ontario.
- Compléterons une interface avec le Système d'information des laboratoires de l'Ontario (SILO) pour permettre aux secteurs de programmes de ACO de demander les résultats d'examens de laboratoire à l'entrepôt provincial de données.

- Mettrons en œuvre une base de données sur les résultats des cancers de la tête et du cou dans les huit centres de cancérologie qui restent en Ontario.
- Achèverons les essais auprès des utilisateurs pour la nouvelle version de l'instrument de Collecte et évaluation interactive des symptômes (CEIS) et explorerons les possibilités d'appliquer ce nouveau système à d'autres volets de l'expérience des patients.
- Mettrons en œuvre une nouvelle infrastructure opérationnelle pour le nouveau système électronique de détermination des stades en collaboration.

Programme d'information sur la prévention et la lutte contre le cancer

Le Programme d'information sur la prévention et la lutte contre le cancer (PIPLC) soutient les initiatives de prévention et de dépistage de diverses façons :

- En mettant en place des solutions de technologie et d'information permettant de dispenser les programmes et d'en faire rapport.
- En assurant le classement prioritaire et la mise en œuvre de projets d'amélioration du réseau et d'autres projets de grande envergure.
- En élaborant des stratégies de GI/TI, des plans d'affaires et des exigences de financement.
- En appliquant les technologies et les meilleures pratiques en vue d'élaborer des solutions novatrices.

InScreen

InScreen est la solution de GI/TI primée de Action Cancer Ontario. Mis en œuvre à l'origine pour favoriser le dépistage du cancer colorectal dans le cadre du programme ContrôleCancerColorectal, InScreen comporte plus de quatre millions de dossiers électroniques de dépistage correspondant aux citoyens de l'Ontario admissibles. InScreen favorise le dépistage dans la population de l'Ontario en ciblant des segments particuliers de la population par des correspondances directes par la poste. InScreen se sert de l'information recueillie pour produire des Rapports d'activités de dépistage à l'intention de plus de 7 000 médecins en vue d'accroître les taux de dépistage. Au cours de l'exercice écoulé, InScreen a été élargi pour compter près de huit millions de dossiers électroniques de dépistage chez les personnes admissibles au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, en plus du dépistage colorectal. Nous prévoyons faire appel aux nouvelles capacités de gestion des campagnes d'information généralement appliquées par les organismes de commercialisation en vue d'assurer la participation des groupes de la population que ne font pas suffisamment appel au dépistage ou n'y ont jamais recours.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Élargi notre mandat, qui est passé du Registre de dépistage du cancer colorectal au Registre ontarien sur le dépistage du cancer.
- Inauguré le programme de liaison des médecins qui permet de transmettre au médecin des données visant à améliorer les taux de réponse au dépistage.
- Mis en œuvre une solution afin d'améliorer la présentation de rapports opérationnels aux utilisateurs et au personnel.
- Établi de nouvelles ententes avec le MSSLD pour élargir les données recueillies à l'appui du dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus dans le cadre du Dépistage intégré du cancer.
- Établi de nouvelles ententes et de nouveaux champs de données avec les laboratoires communautaires afin de recevoir les résultats quotidiens des cytologies destinés aux lettres présentant les résultats du dépistage du cancer du col de l'utérus.
- Établi de nouvelles capacités en vue de recueillir les résultats quotidiens des examens de dépistage du cancer du sein auprès du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein.
- Élargi les données du Registre de dépistage du cancer de l'Ontario afin d'intégrer les données sur le diagnostic du cancer aux dossiers électroniques de dépistage des patients.
- Installé la nouvelle capacité de gestion des campagnes Siebel CRM pour être mieux en mesure de cibler des segments de la population lors des campagnes de sensibilisation.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Inaugurerons le nouveau site sécurisé de ACO pour la présentation en ligne des nouveaux Rapports d'activités de dépistage (RAD) aux médecins enregistrés profitant du programme ONE ID de Santé électronique.
- Assurerons la promotion du RAD et augmenterons le nombre de médecins inscrits profitant ainsi d'un accès en ligne sécurisé au Rapport.
- Diffuserons le RAD à plus de 7 000 médecins participant au Modèle d'inscription des patients (MIP) et assurerons un accès en ligne au Rapport pour les médecins inscrits.
- Inaugurerons la nouvelle correspondance sur les résultats des examens destinée aux participantes des programmes de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus.
- Lancerons des campagnes d'invitation, de rappel et d'aide-mémoire aux citoyens de l'Ontario admissibles pour qu'ils participent au nouveau programme structuré de Dépistage intégré du cancer dans la population pour le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus.
- Augmenterons la quantité d'informations destinées aux médecins dans la correspondance avec les participants aux examens de dépistage.
- Travaillerons de concert avec le MSSLD, nos partenaires et le personnel de ACO afin de déterminer les possibilités de mieux profiter de nos investissements dans InScreen.

3. Informatique

L'art et la science de transformer des données en informations susceptibles de mener à des actions

Objectif 2015 : Fournir des informations susceptibles de mener à l'action aux décisionnaires afin d'améliorer la gestion du rendement.

En 2011-2012, Action Cancer Ontario a entrepris la création d'un Centre national d'excellence (CNE) en informatique :

- En mettant sur pied l'une des banques de données sur le cancer les plus riches et les plus larges au pays.
- En élaborant une expertise, des instruments, des procédés et des technologies en matière d'intelligence commerciale et en investissant dans ces secteurs.

L'informatique permet aux décisionnaires internes et externes de l'ensemble du réseau de soins de santé de disposer des informations et analyses dont ils ont besoin, au plan local et provincial, afin de répondre aux demandes accrues en matière de responsabilité, de résultats et d'améliorations du rendement du réseau.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Réalisé un plan stratégique visant la transformation des services d'analyse de ACO en fonction de trois principes essentiels : respect de la vie privée de la clientèle, leadership du produit et excellence opérationnelle.
- Mis en place une nouvelle structure organisationnelle qui permet au personnel en informatique d'être davantage à l'écoute des principaux clients.
- Recruté de nouveaux membres du personnel pour élargir nos capacités en matière de services d'analyse dans le secteur de la rentabilité et de l'analyse prévisionnelle.
- Entrepris d'élaborer de nouvelles sources de données qui permettront le déploiement des stratégies essentielles de ACO en 2012-2013.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Établirons des plans d'analyse pour notre clientèle qui favoriseront le respect accru de la vie privée de notre clientèle et la prestation de services à valeur ajoutée.
- Élargirons et renforcerons nos capacités en matière d'analyse avancée et prévisionnelle.
- Élaborerons des outils et des méthodologies reproductibles qui améliorent l'efficacité et la qualité des analyses.
- Établirons un cadre de travail pour la gestion des données Enterprise portant sur la propriété des données, la qualité, l'architecture et les plans stratégiques pour l'acquisition et l'intégration des données.
- Élaborerons un plan structuré de gestion des talents pour faciliter la conservation du personnel et l'approfondissement des connaissances nécessaires pour assurer une excellence analytique à notre clientèle interne et externe.

4. Innovation

L'association de bonnes idées, de risques calculés et d'investissements stratégiques

Objectif 2015 : Assurer une meilleure valeur commerciale grâce à l'innovation en matière d'information et de technologie.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Élaboré un cadre de travail sur l'innovation afin d'orienter nos efforts en ce sens.
- Organisé un atelier sur l'innovation avec notre clientèle qui a permis de recueillir 70 idées novatrices sur lesquelles nous travaillons à l'heure actuelle.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Élargirons notre cadre de travail sur l'innovation avec de nouveaux instruments de conception susceptibles de favoriser la résolution de problèmes.
- Établirons de nouveaux processus et diffuserons les processus existants afin de favoriser et de soutenir des activités novatrices.
- Établirons des partenariats pour mettre en pratique les idées novatrices susceptibles d'améliorer les soins.
- Élaborerons un système de ressources, de reconnaissances et de récompenses qui mettra en valeur la créativité.

Faits saillants et réalisations 2011-2012

Accès aux soins

L'Accès aux soins (AAS) est l'organisme de prestation de services de la Stratégie sur l'information touchant les autres niveaux de soins, les salles d'urgence et les temps d'attente du MSSLD. L'AAS fait appel à la participation et à l'orientation clinique, ainsi qu'à des méthodologies d'avant-garde de gestion de projets, afin d'élaborer des solutions d'information et de les déployer dans les organismes de soins de santé de la province. Ces organismes les utilisent à leur tour pour réduire les temps d'attente et améliorer l'accès aux services de soins de santé pour les patients. L'AAS fournit des produits de GI/TI de grande qualité susceptibles d'améliorer le rendement dans les secteurs suivants :

- Autres niveaux de soins (ANS)
- Informations sur les salles d'urgence (ISU)
- Temps d'attente avant une imagerie diagnostique et une chirurgie (Chirurgie et ID)
- Programme de cibles d'efficacité chirurgicale (PCEC)
- Système d'information sur les temps d'attente (SITA) – Réseau des soins cardiaques (RSC)

Information sur les autres niveaux de soins

En 2008-2009, la province a inauguré son SITA, pour intégrer l'information sur les ANS en temps réel pour les soins actifs et post-actifs. Les ANS sont l'appellation donnée par les médecins aux patients qui occupent un lit dans un hôpital sans avoir besoin de l'intensité des ressources ou services hospitaliers. En 2009, l'instrument de téléchargement intérimaire des ANS a été introduit pour recueillir des données mensuelles en attendant le déploiement complet du SITA pour les ANS en 2011 dans 114 hôpitaux pour soins actifs et post-actifs de l'Ontario.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Inauguré dans le cadre du SITA la capacité de capturer pratiquement en temps réel les données sur les patients recevant des ANS dans 114 hôpitaux.
- Introduit l'ensemble de données sur les ANS dans le système iPort[MD].

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Déploierons trois éléments de données additionnelles touchant les ANS dans 114 hôpitaux. Les trois éléments de données sont les suivants :
  - Destination la plus appropriée après le congé.
  - Besoins et soutiens particuliers (BSP) qui retardent le congé.
  - Indication que des BSP ne sont pas nécessaires.
- Maintiendrons la technologie et les services d'infrastructures en TI et fournirons des services opérationnels quotidiens à 114 hôpitaux.
- Favoriserons la fonctionnalité de rapports par le biais du système iPort[MD] à l'intention des hôpitaux, des RLIS et du ministère.

Information sur les salles d'urgence

La Stratégie sur l'information SU/ANS comprend les éléments suivants :

- Harmonisation de la présentation de données sur les SU.
- Établissement de liens avec d'autres ensembles de données.

Pour résoudre ces questions stratégiques, l'AAS a établi un partenariat avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) afin d'utiliser le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) pour la collecte rapide des données sur les temps d'attente avant l'entrée en SU. Nous avons établi l'Initiative nationale ambulatoire sur les salles d'urgence (INASU) afin de déterminer et diffuser plus facilement le temps pendant lequel les patients étaient en SU. Des données sur les SU sont recueillies et transmises par 92 établissements dans la province. Ces données font maintenant l'objet de rapports dans le public.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Élargi l'INASU pour y inclure cinq nouveaux éléments de données se rapportant aux consultations spécialisées dans 92 hôpitaux.
- Poursuivi nos efforts sur la qualité et la transmission des données pour faire en sorte que l'information sur les SU soit significative pour tous les intervenants.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Offrirons des services de collecte de données, de préparation de rapports et de soutien opérationnel à 92 établissements.
- Ferons appel aux spécialistes cliniciens des SU et aux intervenants pour évaluer et élaborer les éléments de données additionnelles proposées pour l'INASU et qui doivent être mis en œuvre en 2013-2014.
- Soutiendrons la fonction de préparation de rapports par le biais du iPort[MD] pour les hôpitaux, les RLIS et le MSSLD.

Temps d'attente avant une imagerie diagnostique et une chirurgie

Le SITA assure le suivi, la compilation et la diffusion des temps d'attente avant un diagnostic et une chirurgie dans l'ensemble de la province. Plus de 3 300 cliniciens et hôpitaux qui reçoivent des subventions à ce sujet présentent de l'information sur 2,3 millions de chirurgies adultes et pédiatriques et d'imageries par RMN et TD qui sont réalisées chaque année.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Assuré l'élargissement du SITA pour l'exercice 2011-2012 : le projet provincial Attente 1 a été mis en place dans près de 100 hôpitaux pour la collecte et la compilation des données sur l'Attente 1 (temps d'attente par le patient entre l'orientation vers une consultation et la première consultation avec un chirurgien).
- Diffusé la Carte de pointage sur la qualité orthopédique, instrument élaboré pour aider les RLIS à atteindre leurs nouvelles cibles de rendement touchant les chirurgies pour les prothèses articulaires.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Maintiendrons nos services de technologie et d'infrastructures et assurerons des services opérationnels quotidiens à 96 hôpitaux et 3 350 utilisateurs.
- Inviterons les hôpitaux à faire en sorte que les données du SITA soient transmises de façon complète et uniforme en fonction du cadre de travail sur la qualité des données de Action Cancer Ontario.
- Utiliserons les nouvelles données recueillies pour commencer la préparation de rapports et d'analyses sur l'Attente 1.
- Soutiendrons les fonctions de préparation de rapports à l'aide du iPort[MD] pour les hôpitaux, les RLIS et le MSSLD.

Programme de cibles d'efficacité en chirurgie (PCEC)

Le PCEC fait appel aux données recueillies dans les salles d'opération (SO) pour déterminer les secteurs qui présentent des difficultés ou des possibilités d'amélioration du rendement dans la partie péri-opératoire (durée de l'intervention chirurgicale du patient, de l'admission jusqu'au congé) des soins dispensés aux patients.

Le PCEC :

- Évalue et compile des indicateurs de rendement essentiels sur les traitements chirurgicaux.
- Détermine le rendement des hôpitaux comparables.
- Établit des cibles provinciales de rendement pour soutenir l'amélioration des processus.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Adopté une nouvelle définition pour ce qui constitue le dépistage préalable à l'admission pour un patient en chirurgie et déterminé une cible pour le pourcentage de patients ayant fait l'objet d'un dépistage avant la chirurgie dans le cadre du PCEC.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Fournirons des services de préparation de rapports et de collecte de données PCEC à 76 hôpitaux et plus de 230 utilisateurs, en plus de fournir des services d'analyse et de gestion de l'information aux hôpitaux, aux RLIS et au MSSLD.
- Soutiendrons les fonctions de préparation de rapports du iPort[MD] pour les hôpitaux, les RLIS et le MSSLD.

Réseau des soins cardiaques (RSC)

ACO travaille en collaboration avec le Réseau des soins cardiaques (RSC) afin d'élaborer et de rendre davantage fonctionnelle son application, qui permet aux cliniciens de dispenser des soins à leurs patients atteints d'une maladie cardiaque. Chaque année, ACO diffuse deux applications essentielles à l'appui de la stratégie AAS pour les maladies cardiaques. La capacité de suivre cette information est essentielle pour permettre aux équipes cliniques et au Réseau des soins cardiaques de dispenser des soins de qualité.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Mettrons en place le soutien opérationnel nécessaire pour accueillir l'infrastructure du SITA-Réseau des soins cardiaques (RSC) touchant la production et les systèmes de tests, ainsi que le soutien des applications pour le SITA-RSC.

Faits saillants et réalisations 2011-2012

Réseau rénal de l'Ontario (RRO)

En raison de la croissance et du vieillissement continu de la population de l'Ontario, ainsi que de l'augmentation de la prévalence du diabète et des maladies vasculaires, la prévalence des maladies rénales chroniques (MRC) devrait également s'accroître.

Le Réseau rénal de l'Ontario (RRO) élabore et met en œuvre une stratégie provinciale sur les MRC qui permettra d'assurer des améliorations quantifiables et soutenues pour le traitement des MRC dans la province, et a adopté des structures et des processus nouveaux pour assurer l'efficacité de ses activités courantes et la mise en œuvre fructueuse de ses priorités essentielles.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Inauguré le Plan rénal de l'Ontario, qui constitue la première feuille de route structurée pour le traitement des MRC en Ontario. Ce plan, qui a été élaboré grâce à la collaboration intensive des personnes intéressées, décrit comment réduire les risques d'apparition dans la population des maladies rénales en phase terminale (MRPT) tout en améliorant la qualité des soins et des traitements pour les patients actuels et futurs. Le Plan rénal de l'Ontario décrit le réseau de traitement des MRC en Ontario en vue d'améliorer la santé des patients en suscitant la qualité, l'innovation et la valorisation. Il comporte sept stratégies provinciales :
  1. Renforcé la responsabilité des patients.
  2. Réduit l'incidence des MRC en améliorant le dépistage précoce et en prévenant la progression de la maladie.
  3. Amélioré l'accès péritonéal et vasculaire pour les patients recevant une dialyse.
  4. Accru le nombre de dialyses autonomes.
  5. Faire en sorte que la province dispose de l'infrastructure nécessaire pour traiter les patients présentant une MRC.
  6. Élargi les soins dispensés aux patients de l'Ontario présentant une MRC, grâce à la recherche et à l'innovation.
  7. Obtenu le financement nécessaire pour la prestation de soins de qualité axés sur les patients.
- Financé des Coordonnateurs de l'accès pour le traitement des MRC afin d'améliorer les expériences et les résultats des patients. Les coordonnateurs font partie d'une communauté de pratique et participent à des programmes établis en collaboration et financés par le RRO aux fins suivantes :
  - Favoriser les initiatives locales sur l'amélioration de la qualité.
  - Favoriser des améliorations par cycles rapides.
  - Fournir les données nécessaires pour dresser un portrait des soins de pré-dialyse en Ontario.
- Élaboré un cadre de financement fondé sur les patients atteints d'une MRC avec le MSSLD, en consultation avec des cliniciens et des spécialistes politiques et financiers. Le cadre de travail associe des fonds aux soins représentant les meilleures pratiques, incorpore des pratiques standardisées sur les meilleurs soins, standardise les taux de financement, suscite l'efficacité et favorise un dépistage plus précoce ainsi que l'administration des traitements en milieu communautaire ou indépendant plutôt que dans un établissement hospitalier.
- Inauguré le système Atlas pour les MRC, instrument basé sur le web qui présente de l'information sur les ressources et les capacités du réseau et mesure la prestation des services, les résultats des soins et la qualité. Le système Atlas est conçu pour les cliniciens et les administrateurs du réseau de santé, les patients, les familles et le public en général. Il offre des comparaisons internationales et nationales et met l'accent sur la compilation des programmes de traitement des MRC, plus particulièrement dans le cadre des priorités du RRO.
- Mis en œuvre un Cycle trimestriel de gestion du rendement et inauguré le premier ensemble de révisions trimestrielles en région. Ces révisions sont essentielles si l'on veut établir un dialogue sur la qualité et le rendement entre le RRO et les régions, et servir de catalyseur pour l'intégration et l'harmonisation des priorités provinciales et régionales. Dans le cadre de ces réexamens, le RRO :
  - Établi des ententes officielles de responsabilité avec chacun des 26 programmes régionaux de MRC et cinq sites affiliés qui reçoivent des subventions directes. Chaque entente détermine les modalités de financement des volumes accrus de services (volumes de services subventionnés pour les MRC, exigences touchant la qualité et présentation des données).

- Élargi notre planification de la capacité, qui est essentielle pour permettre au RRO de transformer des données en informations susceptibles de mener à la prise de décision touchant la planification, le financement, le rendement et la qualité. Le RRO a réalisé la première évaluation structurée des capacités provinciales de dialyse, ce qui comprend des prévisions sur la demande dans chacun des 14 RLISS et des 26 programmes de traitement des MRC de l'Ontario. Grâce au Système de signalement rénal de l'Ontario (SSRO), le RRO a réaménagé ses évaluations pour tenir compte de l'évolution de la demande auprès des patients, du nombre de postes de dialyse disponibles, des taux de dialyse à domicile, des modèles de déplacement des patients et des modèles opérationnels. Ces évaluations nouvelles ont permis de mieux comprendre l'offre et la demande de services de dialyse jusqu'en 2020, et de soutenir la prise de décision concertée sur les investissements en immobilisations fonds opérationnels.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Entreprendrons la mise en œuvre des sept priorités stratégiques du RRO, ce qui comprend l'élaboration de plans de travail et la constitution d'indicateurs de rendement.
- Établirons un partenariat avec l'Université McMaster pour utiliser son dossier médical électronique (DME) OSCAR dans le cadre d'un projet pilote visant à améliorer le dépistage et le traitement des MRC dans le cadre des soins primaires. Doté de quatre équipes de soins familiaux dans la province, ce projet permettra d'élaborer des messages et des rappels électroniques concernant le dépistage directement dans le DME afin d'aider les patients souffrant d'une MRC dans le contexte des soins primaires.
- Travaillerons de concert avec cinq néphrologues, qui serviront de mentors pour le RRO et nous aideront à établir des liens de collaboration plus efficaces avec les néphrologues et à améliorer les soins destinés aux patients souffrant d'une MRC.
- Poursuivrons le déploiement du système Atlas pour les MRC en ajoutant l'évaluation de la qualité et des résultats des patients pour les profils régionaux de populations (données démographiques, comorbidité et temps de déplacement pour les soins) ainsi que des informations transactionnelles sur l'utilisation des services pour les MRC, notamment diverses mesures comme les dialyses par modalité et par accès vasculaire.
- Jouerons un rôle essentiel dans la mise en œuvre de ce modèle de financement axé sur les patients dans le cadre de l'initiative du gouvernement sur la Réforme du financement du réseau de santé.
- Effectuerons les travaux de planification nécessaires pour faire en sorte que nous disposions de la capacité requise pour permettre aux patients de recevoir leurs soins plus près de leur domicile.

Ressources humaines

Dans l'environnement concurrentiel et mû par le savoir d'aujourd'hui, les ressources humaines (RH) joueront un rôle crucial dans la réussite d'une organisation.

À Action Cancer Ontario, les RH appuient la flexibilité, la rapidité et le rendement de l'organisme en contribuant à des aspects stratégiques comme la gestion des talents, la préparation de la relève, la participation, le recrutement et le maintien en poste.

Faits saillants

En 2011-2012, nous avons :

- Établi un plan stratégique triennal de gestion des ressources humaines axé sur quatre grands thèmes : continuer de bâtir l'infrastructure des RH, attirer des talents et les garder, renforcer la capacité et instaurer la culture souhaitée. Les quatre thèmes englobent les éléments suivants :
  - Continuer à bâtir l'infrastructure des RH
    - Assurer l'uniformité des normes et des pratiques en matière de RH
    - Documenter les processus et les politiques
    - Fonder les décisions administratives sur les paramètres des RH
    - Automatiser les systèmes de RH
  - Attirer des talents de premier plan et les garder
    - Raffiner notre stratégie de recrutement
    - Concentrer les efforts sur la dotation en ressources
    - Élaborer une proposition de valeur qui distingue
    - Établir des normes de pratique
  - Renforcer la capacité
    - Étendre la préparation de la relève
    - Accélérer le développement du leadership
    - Bonifier le cheminement de carrière des employés
  - Instaurer la culture souhaitée
    - Insister sur la qualité, la responsabilisation et l'innovation
    - Favoriser la collaboration
    - Améliorer la communication
    - Appuyer la diversité au travail
    - Favoriser le respect au travail
- Vu l'effectif d'ACO atteindre 755,5 équivalents temps plein (ETP) à la suite d'une expansion de notre champ d'activité et de notre mandat, en particulier dans les domaines des services intégrés de dépistage du cancer et des programmes cliniques.

Préparer l'avenir

En 2012-2013, nous :

- Conjuguerons les connaissances techniques sur les RH et les techniques liées aux ressources humaines en nous concentrant davantage sur les défis et les enjeux administratifs auxquels fait face notre organisme et harmonisant de près la stratégie sur les RH à notre stratégie d'activités.
- Élaborerons et améliorerons continuellement les systèmes et les programmes des RH qui permettent à ACO d'attirer, de mobiliser, de perfectionner et de garder des personnes talentueuses qui sont fières d'améliorer le système de santé.
- Créerons des programmes qui appuient et renforcent une culture de qualité, de responsabilisation et d'innovation.
- Chercherons avant tout à faire d'ACO un employeur de choix.

Rapports financiers

Cancer Care Ontario
Action Cancer Ontario

620 University Avenue, Toronto ON, M5G 2L7
tel: 416.971.9800 **fax:** 416.971.6888
www.cancercare.on.ca

Le 20 juin, 2012

Responsabilité de la direction à l'égard de l'information financière

La direction et le conseil d'administration sont responsables des états financiers ainsi que de toute autre information contenue dans le présent rapport. Les états financiers ont été dressés par la direction conformément aux principes comptables généralement reconnus et renferment, s'il y a lieu, des montants fondés sur les meilleurs jugements et estimations de la direction.

Action Cancer Ontario tient à respecter les normes les plus élevées en matière d'intégrité et de services aux patients. Pour protéger son actif, l'organisme a mis en place un ensemble solide et dynamique de contrôles et de procédés financiers internes traduisant un bon équilibre coûts-avantages. La direction a élaboré et maintient des contrôles financiers et administratifs, des systèmes d'information et des pratiques de gestion de manière à fournir une assurance raisonnable quant à la fiabilité de l'information financière. Des vérifications internes sont effectuées pour évaluer les systèmes et pratiques de gestion, et des rapports sont remis au comité de vérification et des finances.

Par l'intermédiaire du comité de vérification et des finances, le conseil d'administration veille à ce que la direction assume ses responsabilités à l'égard de l'information financière et du contrôle interne. Le comité supervise les activités financières d'Action Cancer Ontario et revoit les états financiers ainsi que le rapport des vérificateurs externes.

Les états financiers ont été examinés par le bureau du vérificateur général de l'Ontario. Il incombe au vérificateur général d'exprimer son opinion quant à savoir si les états financiers donnent une image fidèle des résultats conformément aux principes comptables généralement reconnus. Dans son rapport, le vérificateur général fait part de son examen et de son opinion.

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2012, il incombait au conseil d'administration d'Action Cancer Ontario, par l'intermédiaire du comité de vérification et des finances, de s'assurer que la direction avait assumé ses responsabilités en ce qui concerne la présentation de l'information financière et les contrôles internes. Le comité rencontre régulièrement la direction, le vérificateur interne et le vérificateur général pour s'assurer que chaque partie s'est bien acquittée de ses fonctions respectives et pour examiner les états financiers avant de recommander leur approbation par le conseil d'administration. Le vérificateur général a directement et pleinement accès au comité de vérification et des finances, en présence ou non de la direction, afin de discuter de sa vérification et de ses conclusions quant à l'intégrité de l'information financière et à l'efficacité des contrôles internes.

Au nom de la direction d'Action Cancer Ontario,

Le président et chef de la direction,

Michael Sherar, PhD

Le vice-président et chef des finances,

Elham Roushani, BSc, CA

Ontario
Cancer Care Ontario
Action Cancer Ontario

Office of the Auditor General of Ontario
Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Rapport de l'auditeur indépendant

À Action Cancer Ontario
et au ministre de la Santé et des Soins de longue durée

J'ai effectué l'audit des états financiers ci-joints d'Action Cancer Ontario, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2012, et les états des résultats, de l'évolution des soldes des fonds et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de mon audit. J'ai effectué mon audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que je me conforme aux règles de déontologie et que je planifie et réalise l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

J'estime que les éléments probants que j'ai obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder mon opinion d'audit.

Opinion

À mon avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière d'Action Cancer Ontario au 31 mars 2012, ainsi que de sa performance financière et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada.

Box 105, 15th Floor
20 Dundas Street West
Toronto, Ontario
M5G 2C2
416 327 2381
fax 416 326 3812

B.P. 105, 15e étage
20, rue Dundas ouest
Toronto (Ontario)
M5G 2C2
416 327 2381
télécopieur 416 326 3812

www.auditor.on.ca

Le sous-vérificateur général,

Gary R. Peall, CA
Expert-comptable autorisé

Toronto (Ontario)
Le 20 juin 2012

Action Cancer Ontario
État de la situation financière

(en milliers de dollars)
aux 31 mars

	2012	2011
Actif		
Actif à court terme		
Trésorerie et équivalents de trésorerie (note 3)	**117 484 $**	155 804 $
Placements à court terme (note 4)	**122 111**	80 982
Créances clients et charges payées d'avance (note 5)	**28 878**	20 253
	268 473	257 039
Immobilisations (note 6)	**134 148**	103 488
	402 621 $	360 527 $
Passif		
Passif à court terme		
Comptes fournisseurs et charges à payer (note 7)	**208 573 $**	190 280 $
Subventions de fonctionnement reportées (note 8 a)	**4 861**	6 546
	213 434	196 826
Apports reportés pour immobilisations (note 8 b)	**140 464**	115 930
Charges complémentaires de retraite (note 9 b)	**3 195**	3 314
	357 093	316 070
Soldes des fonds		
Dotation	**1 288**	2 317
Affectations d'origines interne et externe	**4 485**	10 005
Administration générale – non grevé d'affectations	**36 136**	26 669
Investissement en immobilisations	**3 619**	5 466
	45 528	44 457
	402 621 $	360 527 $

Engagements (note 15)
Passifs éventuels (note 16)
Garanties (note 18)

Au nom du conseil,

Administrateur

Administrateur

Voir les notes complémentaires.

Action Cancer Ontario
Résultats
(en milliers de dollars)
pour l'exercice clos le 31 mars 2012

	Fonds affectés		Fonds d'administration générale		Total	
	2012	2011	2012	2011	2012	2011
Produits						
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	– $	– $	844 437 $	778 657 $	844 437 $	778 657 $
Apports en capital du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour les programmes intégrés de cancérologie	–	–	9 597	11 216	9 597	11 216
Produits nets de placement (note 11)	31	25	4 200	2 488	4 231	2 513
Amortissement des apports reportés pour immobilisations (note 8 b)	–	–	23 957	30 981	23 957	30 981
Autres (note 12)	3 465	5 914	9 419	7 156	12 884	13 070
	3 496	5 939	891 610	830 498	895 106	836 437
Charges						
Services fournis dans le cadre des programmes intégrés de cancérologie	3 694	88	312 417	292 398	316 111	292 486
Médicaments	–	–	219 309	218 983	219 309	218 983
Services chirurgicaux – hôpitaux	–	–	66 675	51 101	66 675	51 101
Salaires et avantages sociaux	1 762	2 954	63 174	59 348	64 936	62 302
Services relatifs aux maladies rénales chroniques	–	–	51 643	46 073	51 643	46 073
Services de dépistage	–	–	50 369	40 498	50 369	40 498
Amortissement des immobilisations	–	51	25 715	32 351	25 715	32 402
Services médicaux	24	69	25 662	13 948	25 686	14 017
Services acquis	1 212	2 296	21 099	21 715	22 311	24 011
Services hospitaliers de traitement systémique	–	–	15 344	13 747	15 344	13 747
Autres charges de fonctionnement (note 13)	216	703	11 734	10 561	11 950	11 264
Apports en capital pour les programmes intégrés de cancérologie	–	–	11 737	14 027	11 737	14 027
Charges de retraite (note 9 a)	–	–	5 102	4 686	5 102	4 686
Coûts d'occupation	5	61	3 893	3 531	3 898	3 592
Services de consultation	12	136	2 780	4 049	2 792	4 185
Honoraires professionnels	1	4	324	401	325	405
Charges complémentaires de retraite (note 9b)	–	–	121	130	121	130
Perte sur la cession d'immobilisations	–	435	11	92	11	527
	6 926	6 797	887 109	827 639	894 035	834 436
Excédent (insuffisance) des produits par rapport aux charges	(3 430)$	(858)$	4 501 $	2 859 $	1 071 $	2 001 $

Voir les notes complémentaires.

Action Cancer Ontario
Évolution des soldes des fonds

(en milliers de dollars)
pour l'exercice clos le 31 mars 2012

	Fonds affectés		Administration générale – non grevé d'affectations	Investissement en immobilisations	Total	
	Dotation	Autre			2012	2011
Soldes des fonds au début	2 317 $	10 005 $	26 669 $	5 466 $	44 457 $	42 456 $
Excédent (insuffisance) des produits par rapport aux charges	–	(3 430)	4 501	–	1 071	2 001
Variation nette de l'investissement en immobilisations (note 10)	–	555	1 292	(1 847)	–	–
Virements interfonds (note 14)	(1 029)	(2 645)	3 674	–	–	–
Soldes des fonds à la fin	1 288 $	4 485 $	36 136 $	3 619 $	45 528 $	44 457 $

Voir les notes complémentaires.

Action Cancer Ontario
Flux de trésorerie
(en milliers de dollars)
pour l'exercice clos le 31 mars 2012

	2012	2011
Augmentation (diminution) de la trésorerie et des équivalents de trésorerie		
Fonctionnement		
Excédent des produits par rapport aux charges	**1 071 $**	2 001 $
Amortissement des immobilisations	**25 715**	32 402
Amortissement des apports reportés pour immobilisations	**(23 957)**	(30 981)
Perte sur la cession d'immobilisations	**11**	527
Charge au titre des prestations constituées relative aux avantages complémentaires de retraite	**121**	130
Avantages complémentaires de retraite payés	**(240)**	(172)
	2 721	3 907
Variation des éléments hors trésorerie du fonds de roulement		
Créances clients et charges payées d'avance	**(8 625)**	16 659
Comptes fournisseurs et charges à payer	**18 293**	54 403
Subventions de fonctionnement reportées	**(1 685)**	(30 888)
	7 983	40 174
	10 704	44 081
Investissement		
Produit des placements venant à échéance	**83 422**	50 302
Acquisition de placements	**(124 551)**	(51 160)
Acquisition d'immobilisations	**(56 393)**	(38 936)
Produit sur la cession d'immobilisations	**7**	61
	(97 515)	(39 733)
Financement		
Montants reçus liés aux immobilisations	**48 491**	45 125
Augmentation (diminution) de la trésorerie et des équivalents de trésorerie	**(38 320)**	49 473
Trésorerie et équivalents de trésorerie au début	**155 804**	106 331
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin	**117 484 $**	155 804 $

Voir les notes complémentaires.

Action Cancer Ontario
Notes complémentaires
(en milliers de dollars)
au 31 mars 2012

Nature des activités

Le gouvernement de l'Ontario a approuvé la création d'Action Cancer Ontario (l'« organisme ») le 29 avril 1997 pour promouvoir les services aux patients atteints d'un cancer et pour améliorer les résultats, la qualité et l'efficacité des services de cancérologie. Les services de cancérologie comprennent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, la recherche, la formation et les soins palliatifs. L'organisme a été constitué en 1943 sous la dénomination de La Fondation ontarienne pour la recherche en cancérologie et le traitement du cancer, en vertu d'une loi de la province d'Ontario, et a été renommé Action Cancer Ontario en 1997. L'organisme est un organisme de bienfaisance enregistré au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada). Les membres du conseil d'administration et des comités du conseil d'administration sont des bénévoles dont les services ne sont pas rémunérés. L'organisme et le ministère de la Santé et des soins de longue durée (« MSSLD ») ont conclu un protocole d'entente en vigueur le 2 décembre 2009. L'organisme est principalement financé par la Province d'Ontario, par l'entremise du MSSLD.

La mission de l'organisme est d'améliorer le fonctionnement du réseau de cancérologie en Ontario en assurant la qualité, la responsabilisation et l'innovation dans tous les services liés à la lutte contre le cancer. Cette mission met l'accent sur la gestion du rendement. Aux termes de l'entente d'intégration des programmes de lutte contre le cancer, l'organisme finance des programmes intégrés de cancérologie (« PIC ») dans divers hôpitaux en échange de services convenus de traitement du cancer.

L'organisme soutient les stratégies ontariennes de réduction des temps d'attente et d'accès aux soins (« AAS ») du gouvernement provincial. Le programme d'AAS est composé d'initiatives de technologie et de gestion de l'information axées sur l'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'efficacité des soins offerts aux patients et sur le suivi des patients au sein du continuum de soins. Le mandat du programme d'AAS est l'élaboration et la mise en place de stratégies de l'information et de systèmes informatiques qui viendront appuyer un meilleur accès aux soins, l'exploitation continue des systèmes informatiques ainsi que l'analyse et la divulgation de données.

En juin 2009, le MSSLD a officiellement transféré la surveillance et la coordination du programme sur les maladies rénales chroniques à l'organisme. Le mandat de ce programme est d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie provinciale liée aux maladies rénales chroniques qui permettra une amélioration quantifiable et durable des soins en la matière dans toute la province. La stratégie devrait aborder les points suivants : l'accès vasculaire, la dialyse à domicile, la mise sur pied d'un modèle de financement fondé sur le patient, le dépistage précoce et une meilleure gestion de la maladie.

Action Cancer Ontario
Notes complémentaires
(en milliers de dollars)
au 31 mars 2012

1. Principales méthodes comptables

Les états financiers de l'organisme ont été dressés par la direction selon les principes comptables généralement reconnus du Canada.

Comptabilité par fonds

Le fonds de dotation présente les apports grevés d'affectations d'origine externe aux termes desquelles les ressources apportées doivent être préservées en permanence, à moins d'être spécifiquement soustraites par le donateur. Les produits de placement affecté provenant des ressources du fonds de dotation sont comptabilisés comme produits du fonds affecté.

Le fonds affecté présente toutes les autres ressources grevées d'affectations d'origines externe et interne. Ces ressources servent principalement à la recherche. Elles comprennent les dons et les subventions dont l'utilisation a été soumise à des restrictions particulières par le donateur ou qui ont fait l'objet d'une affectation interne établie par le Conseil d'administration.

Le fonds d'administration générale sert à comptabiliser les programmes de l'organisme et d'autres programmes qui sont financés par le MSSLD. Ce fonds présente les ressources non affectées et les subventions affectées reçues du MSSLD et d'autres organismes.

Apports

L'organisme utilise la méthode du report pour la comptabilisation des apports affectés liés aux programmes financés par le MSSLD et aux autres programmes financés qui sont comptabilisés à titre de produits du fonds d'administration générale dans l'exercice au cours duquel les charges connexes sont engagées. L'organisme utilise la méthode de la comptabilité par fonds affectés pour tous les autres apports affectés qui sont comptabilisés à titre de produits du fonds affecté approprié dans l'exercice au cours duquel ils sont reçus.

Les apports non affectés sont comptabilisés à titre de produits du fonds d'administration générale lorsque le montant peut faire l'objet d'une estimation raisonnable et que le recouvrement est probable.

Les apports destinés à l'achat d'immobilisations sont comptabilisés à titre d'apports reportés pour immobilisations et sont amortis selon la même méthode que celles des immobilisations connexes.

Les apports pour dotation sont comptabilisés à titre de produits du fonds de dotation dans l'exercice au cours duquel ils sont reçus.

Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie se composent de dépôts bancaires, de certificats de dépôt et de placements à court terme dont l'échéance initiale est d'au plus trois mois.

Placements

Les placements sont classés comme étant détenus à des fins de transaction et sont inscrits au bilan à leur juste valeur. Les opérations de placement sont comptabilisées en fonction de la date de règlement et les coûts d'opération sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

1. **Principales méthodes comptables (suite)**

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût. Toutes les immobilisations sont amorties selon la méthode de l'amortissement linéaire à des taux calculés en fonction de la durée de vie estimative des actifs.

Le matériel thérapeutique et autre matériel technique sont amortis sur des périodes allant de quatre à neuf ans; le mobilier de bureau, le matériel informatique et les logiciels sont amortis sur des périodes allant de trois à cinq ans; et les améliorations locatives sont amorties sur cinq ans, soit la durée des contrats de location.

Les coûts associés à la main-d'œuvre interne et de tiers sont capitalisés dans les logiciels en lien avec le développement de projets de technologie de l'information.

Les terrains et les bâtiments de quatre pavillons donnés par la Société canadienne du cancer – Division de l'Ontario sont comptabilisés à une valeur symbolique, car leur valeur n'a pu être déterminée au prix d'un effort raisonnable au moment où le don a été reçu.

Dépréciation d'actifs à long terme

Une charge de dépréciation est comptabilisée pour les actifs à long terme lorsqu'un événement ou un changement de situation fait en sorte que la valeur comptable d'un actif excède le total des flux de trésorerie non actualisés qui résulteront vraisemblablement de l'utilisation et de la sortie éventuelle de l'actif. La perte de valeur est calculée comme l'écart entre la juste valeur et la valeur comptable de l'actif.

Charges de retraite et charges complémentaires de retraite

i) Charges de retraite

L'organisme comptabilise sa participation au Healthcare of Ontario Pension Plan (« HOOPP »), régime de retraite interentreprises à prestations déterminées, comme s'il s'agissait d'un régime à cotisations déterminées, étant donné que l'organisme ne dispose pas des renseignements nécessaires pour la comptabiliser comme une participation à un régime à prestations déterminées.

ii) Charges complémentaires de retraite

Les charges complémentaires de retraite sont déterminées par calcul actuariel selon la méthode de répartition des prestations au prorata des services et sont passées en charges à mesure que les services sont rendus.

L'obligation transitoire liée à l'adoption de cette convention comptable est amortie sur le nombre prévu d'années qu'il reste à vivre aux retraités admissibles.

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers exige que la direction fasse des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants comptabilisés au titre de l'actif et du passif et sur la présentation des actifs et des passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants comptabilisés au titre des produits et des charges au cours de l'exercice. Les éléments significatifs assujettis à ces estimations et hypothèses comprennent la valeur comptable des immobilisations, les charges à payer pour médicaments et les avantages complémentaires de retraite. Les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

Action Cancer Ontario
Notes complémentaires
(en milliers de dollars)
au 31 mars 2012

1. Principales méthodes comptables (suite)

Modifications comptables futures

À compter du 1er janvier 2012, les organismes gouvernementaux qui appliquent actuellement les normes comptables applicables aux organismes sans but lucratif de la partie V du *Manuel de l'Institut Canadien des Comptables Agrées* (ICCA) devront se conformer aux normes comptables pour le secteur public. Ces normes s'appliquent à tous les organismes gouvernementaux sans but lucratif, qui ont toujours le choix d'adopter les normes comptables pour le secteur public avec ou sans les chapitres applicables aux organismes sans but lucratif. L'organisme a décidé d'adopter les normes comptables pour le secteur public avec les chapitres applicables aux organismes sans but lucratif pour l'exercice ouvert à compter du 1er avril 2012.

2. Informations à fournir sur le capital

La structure de capital de l'organisme est constituée des soldes des fonds de dotation, des fonds grevés d'affectations d'origines interne et externe, du fonds d'administration générale non grevé d'affectations et du fonds d'investissement en immobilisations et des apports reportés pour immobilisations.

L'objectif de l'organisme en matière de gestion de capital est de préserver sa capacité à poursuivre ses activités, afin de continuer à fournir le niveau adéquat d'avantages et de services à ses parties prenantes.

Une partie du capital de l'organisme est affectée dans la façon dont l'organisme utilise ses apports grevés d'affectations externes et ses apports reportés pour immobilisations comme il est expliqué à la note 1. L'organisme emploie des procédures de contrôle interne afin de veiller à ce que les restrictions soient respectées avant l'utilisation de ces ressources et afin d'être en conformité avec ces restrictions tout au long de l'exercice.

L'organisme fixe les montants des soldes des fonds en proportion du risque; il gère sa structure de capital et y apporte des rajustements en fonction des changements qui touchent la conjoncture économique et des caractéristiques de risque des actifs sous-jacents.

3. Trésorerie et équivalents de trésorerie – grevés d'affectation

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent un montant de 407 $ (404 $ en 2011) grevé d'affectation puisqu'il s'agit de sommes liées à un régime de retraite qui a été dissous et elles sont détenues par un tiers au cas où d'anciens membres déposeraient une demande. Ces sommes sont assujetties à des affectations d'origine externe et ne sont pas disponibles pour une utilisation à des fins générales.

4. Placements

	2012	2011
Certificat de placement garanti, au taux d'intérêt de 1,89 %, remboursable à vue, échéant le 5 septembre 2013	**60 082 $**	– $
Certificats de placement garanti, au taux d'intérêt de 1,85 %, échéant le 5 septembre 2012	**41 820**	–
Certificats de placement garanti, au taux d'intérêt de 1,6 %, échéant le 21 décembre 2012	**10 125**	–
Certificats de placement garanti, au taux d'intérêt de 1,71 %, échéant le 2 avril 2012	**10 084**	–
Certificats de placement garanti, au taux d'intérêt de 2,1 %, échéant le 3 mars 2012	–	10 226
Certificats de placement garanti, au taux d'intérêt de 2,26 %, échéant le 5 mars 2012	–	30 693
Certificat de placement garanti, au taux d'intérêt de 2,05 %, échéant le 5 mars 2012	–	40 063
	122 111 $	80 982 $

5. Créances clients et charges payées d'avance

	2012	2011
Créances clients	**5 838 $**	4 225 $
À recevoir du MSSLD	**21 305**	14 818
Charges payées d'avance	**1 735**	1 210
	28 878 $	20 253 $

6. Immobilisations

			2012	2011
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
Matériel thérapeutique et autre matériel technique	**279 430 $**	**174 531 $**	**104 899 $**	90 149 $
Mobilier de bureau, matériel et améliorations locatives	**8 992**	**5 449**	**3 543**	3 507
Logiciels	**32 942**	**7 236**	**25 706**	9 832
	321 364 $	**187 216 $**	**134 148 $**	103 488 $

Le coût des immobilisations comprend les logiciels et des dépôts de 33 034 $ (20 573 $ en 2011) pour du matériel thérapeutique. Ces montants seront amortis dès que le matériel sera prêt à être mis en service.

Au début de 2012, l'organisme a révisé son estimation des durées d'utilité de ses immobilisations. L'incidence de ces modifications des durées d'utilité estimatives est comptabilisée de façon prospective. L'incidence des ajustements des estimations de la direction des durées d'utilité résiduelles des actifs s'est traduite par une diminution de la charge d'amortissement de 12 474 $.

7. Comptes fournisseurs et charges à payer

	2012	2011
Comptes fournisseurs	**138 672 $**	63 980 $
Charges à payer et autres	**39 341**	63 955
Somme due au MSSLD et à d'autres	**30 153**	61 941
Sommes détenues par un tiers au titre d'un régime de retraite	**407**	404
	208 573 $	190 280 $

8. Apports reportés

a) Subventions de fonctionnement reportés

Les subventions de fonctionnement reportées représentent les ressources non dépensées liées aux programmes financés par le MSSLD et par d'autres organismes. Les sommes non dépensées sont conservées aux fins d'utilisation au cours de périodes subséquentes, ou aux fins de règlement par les ministères respectifs. La variation du solde des subventions de fonctionnement reportées est présentée ci-dessous.

	2012	2011
Solde au début	**6 546 $**	37 434 $
Sommes reçues au cours de l'exercice	**99 389**	45 697
Sommes comptabilisées à titre de produits	**(5 068)**	(3 268)
Sommes rendues au MSSLD	**(65 853)**	(11 376)
Sommes reclassées aux comptes fournisseurs et charges à payer	**(30 153)**	(61 941)
Solde à la fin	**4 861 $**	6 546 $

b) Apports reportés pour immobilisations

Les apports reportés pour immobilisations représentent le montant non amorti et non dépensé des fonds reçus en vue de l'acquisition d'immobilisations. La variation du solde des apports reportés pour immobilisations survenue pendant l'exercice est présentée ci-dessous.

	2012	2011
Solde au début	**115 930 $**	101 786 $
Sommes reçues relativement à des immobilisations	**48 491**	45 125
Sommes comptabilisées à titre de produits	**(23 957)**	(30 981)
Solde à la fin	**140 464 $**	115 930 $

Le solde des apports en capital reportés pour immobilisations est constitué des éléments ci-dessous :

	2012	2011
Apports en capital non amortis utilisés pour l'acquisition d'immobilisations	**130 529 $**	98 022 $
Apports non dépensés	**9 935**	17 908
Solde à la fin	**140 464 $**	115 930 $

9. Charges de retraite et charges complémentaires de retraite

a) Charges de retraite

Les salariés de l'organisme participent au HOOPP, un régime de retraite interentreprises à prestations déterminées. Les participants du HOOPP reçoivent des prestations fondées sur le nombre de leurs années de service et sur leur salaire moyen annualisé pendant la période de cinq années consécutives au cours de laquelle ils ont été mieux rémunérés avant leur retraite, leur cessation d'emploi ou leur décès.

Les cotisations versées au HOOPP par l'organisme au cours de l'exercice, pour les salariés, se sont établies à 5 102 $ (4 686 $ en 2011) et sont incluses dans les charges de retraite dans les résultats.

b) Charges complémentaires de retraite

L'organisme offrait à ses salariés retraités des avantages complémentaires de retraite. Depuis le 1er janvier 2006, l'organisme n'offre plus d'avantages complémentaires de retraite à ses salariés actifs. Les prestations versées au cours de l'exercice au titre de ce régime sans capitalisation se sont élevées à 240 $ (172 $ en 2011).

Au cours de l'exercice, l'organisme a augmenté de 65 $ son obligation au titre des prestations constituées (diminution de 95 $ en 2011) par suite de la dernière évaluation actuarielle des charges complémentaires de retraite en date du 31 mars 2010. La prochaine évaluation est prévue pour le 31 mars 2013.

Les renseignements relatifs aux charges complémentaires de retraite de l'organisme figurent ci-dessous.

	2012	2011
Obligation au titre des prestations constituées	**(2 921)$**	(2 856)$
Gain actuariel non amorti	**(858)**	(1 114)
Obligation transitoire nette non amortie	**584**	656
Passif net au titre des prestations constituées	**(3 195)$**	(3 314)$

La valeur actualisée déterminée par calcul actuariel de l'obligation au titre des prestations constituées est mesurée en fonction des meilleures estimations de la direction, compte tenu d'hypothèses reflétant la conjoncture économique et les lignes de conduite prévues les plus probables, comme suit :

	2012	2011
Taux d'actualisation	**3,75 %**	4,5 %
Taux de croissance des frais de médicaments	**8 % en 2012 à 5 % en 2018 et par la suite**	8,5 % en 2011 à 5 % en 2018 et par la suite
Taux de croissance des frais hospitaliers, des frais dentaires et d'autres frais médicaux	**4 % par an**	4 % par an

10. Investissement en immobilisations

	2012	2011
Immobilisations	134 148 $	103 488 $
Montants financés par des apports reportés pour immobilisations (note 8 b))	(130 529)	(98 022)
	3 619 $	5 466 $

La variation de l'actif net investi dans des immobilisations est présentée ci-dessous.

	2012	2011
Acquisition d'immobilisations	56 393 $	38 936$
Apports reportés pour immobilisations	(56 464)	(33 193)
Amortissement des apports reportés pour immobilisations	23 957	30 981
Amortissement des immobilisations	(25 715)	(32 402)
Cession d'immobilisations	(18)	(588)
	(1 847)$	3 734$

11. Produits nets de placement

Des produits nets de placement de 31 $ (25 $ en 2011) provenant des ressources du fonds de dotation sont inclus dans le fonds affecté.

12. Autres produits

	2012	2011
Fonds d'administration générale		
cyberSanté Ontario	3 290 $	503 $
Partenariat canadien contre le cancer	3 122	2 527
Santé publique Ontario	2 333	2 284
Recouvrement de salaires	143	392
Autres produits	531	1 450
	9 419 $	7 156 $
Fonds affecté		
Subventions	3 465 $	5 694 $
Dons	–	220
	3 465 $	5 914 $

13. Autres charges de fonctionnement

	2012	2011
Fonds affecté		
Déplacements	79 $	82 $
Charges générales de bureau	69	394
Formation et publications	32	136
Matériel	31	59
Autres charges	5	32
	216 $	703 $
Fonds d'administration générale		
Matériel	5 322 $	4 262 $
Charges générales de bureau	2 261	1 903
Formation et publications	2 095	1 960
Service aux patients	800	800
Déplacements	751	873
Autres charges	505	763
	11 734 $	10 561 $

14. Virements interfonds

	2012	2011
Virement du fonds de dotation au fonds d'administration générale	1 029 $	– $
Virement du fonds affecté au fonds d'administration générale	2 645	12 890
	3 674 $	12 890 $

Les virements du fonds de dotation et du fonds affecté au fonds d'administration générale découlent du déblocage de réserves grevées d'affectations d'origines externe et interne qui a été approuvé par le conseil d'administration.

15. Engagements

a) L'organisme loue des locaux, du matériel informatique et du matériel de bureau. Les paiements futurs exigibles aux termes des baux, globalement et au cours de chacun des cinq prochains exercices, sont estimés comme suit pour les exercices clos les 31 mars :

2013	4 943 $
2014	3 125
2015	2 803
2016	2 718
2017	2 680
Par la suite	967
	17 236 $

b) L'organisme a conclu des engagements d'environ 4 796 $ (24 101 $ en 2011) pour l'acquisition de matériel, après déduction des dépôts présentés à la note 6.

16. Passifs éventuels

L'organisme est membre du Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (« HIROC »), le régime d'auto-assurance créé par les hôpitaux et d'autres organismes. Si le total des primes payées ne suffit pas pour régler les réclamations, l'organisme sera tenu de fournir des fonds supplémentaires à titre de participant au régime.

Depuis sa création, le HIROC a accumulé un excédent non affecté qui représente le total des primes payées par tous les assurés cotisants, majoré des produits de placement et diminué de l'obligation au titre des réserves et des charges pour réclamations et des charges de fonctionnement. Chaque assuré cotisant dont le montant des primes, majoré des produits de placement, dépasse celui de l'obligation au titre de sa quote-part des réserves et des charges pour réclamations et des charges de fonctionnement, peut avoir le droit de recevoir des distributions sur sa quote-part de l'excédent non affecté au moment où ces distributions sont déclarées par le conseil d'administration du HIROC. Aucune distribution n'a été déclarée par le HIROC au 31 mars 2012.

17. Instruments financiers

La valeur comptable de la trésorerie et des équivalents de trésorerie, des créances clients et des comptes fournisseurs et charges à payer se rapproche de leur juste valeur étant donné qu'il s'agit d'instruments à court terme.

La juste valeur des placements est indiquée à la note 4. Les placements sont composés de certificats de placement garanti assortis d'un taux d'intérêt fixe, qui, de l'avis de la direction, correspond au cours du marché.

Risque de crédit

Le risque de crédit découle de la trésorerie, des équivalents de trésorerie et des placements détenus auprès d'institutions financières et de l'exposition au risque lié aux créances clients non réglées. La trésorerie, les équivalents de trésorerie et les placements à terme sont détenus auprès de grandes institutions financières, ce qui réduit l'exposition au risque de crédit. La direction est d'avis que le risque lié aux créances clients est minime, car la plupart des créances clients sont à recevoir des gouvernements fédéral et provincial ou d'organismes contrôlés par eux.

Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la valeur ou les flux de trésorerie futurs des instruments financiers varient en raison des fluctuations des taux d'intérêt du marché. L'organisme n'est exposé au risque de taux d'intérêt qu'à l'égard de ses placements. L'organisme ne s'attend pas à ce que les fluctuations des taux d'intérêt du marché aient une incidence importante sur les résultats de ses activités et il n'utilise aucun instrument dérivé.

18. Garanties

a) Indemnisation des administrateurs et dirigeants

Les règlements administratifs de l'organisme prévoient l'indemnisation des administrateurs et dirigeants, des anciens administrateurs et dirigeants et des autres personnes qui ont siégé à des comités du conseil, pour les frais qu'ils pourraient engager en rapport avec des actions en justice, poursuites et autres litiges découlant de leurs services, et pour tous les autres frais qu'ils pourraient avoir engagés dans le cadre de leurs fonctions. Cette indemnisation ne s'applique pas à l'égard des frais qui résultent d'une malhonnêteté, d'une négligence volontaire ou d'une faute de leur part.

La nature de cette indemnisation ne permet pas à l'organisme d'estimer au prix d'un effort raisonnable le montant maximum qu'il pourrait être tenu de verser à des contreparties. Pour pallier à des versements éventuels, l'organisme a souscrit auprès du HIROC une assurance responsabilité maximale pour ses administrateurs et dirigeants. L'organisme n'a versé aucune somme au titre de ces indemnisations et aucun montant ne figure dans les états financiers ci-joints au titre de cette éventualité.

b) Autres conventions d'indemnisation

Dans le cours normal de ses activités, l'organisme conclut des accords prévoyant l'indemnisation de tiers, y compris l'indemnisation des propriétaires des locaux loués par l'organisme; l'indemnisation du MSSLD en cas de réclamations, actions en justice, poursuites et autres litiges fondés sur des actes ou omissions des groupes représentant les médecins, radiologistes, gynécologues et oncologues selon certaines modalités de financement; et l'indemnisation des hôpitaux d'accueil appliquant des PIC en cas de réclamations, d'actions en justice, de coûts, de dommages-intérêts et de charges résultant de tout manquement de l'organisme à ses obligations aux termes de l'entente d'intégration des programmes de lutte contre le cancer et des documents connexes.

Les modalités de ces indemnisations varient selon l'accord sous-jacent, mais s'appliquent normalement pendant toute la durée de celui-ci. Le plus souvent, l'accord ne prévoit aucun plafond d'indemnisation, ce qui empêche l'organisme d'estimer de façon raisonnable son risque éventuel maximal. L'organisme n'a versé aucune somme au titre de ces indemnisations et aucun montant ne figure dans les états financiers ci-joints au titre de cette éventualité.

19. Chiffres comparatifs

Certains chiffres comparatifs ont été reclassés en fonction de la présentation des états financiers adoptée pour l'exercice considéré.

Annexes

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Neil Stuart, Président
(1er juin 2010 – 31 mai 2013)

Ratan Ralliaram, Vice-président
(15 nov. 2006 – 14 nov. 2012)
Président intérimaire (13 déc. 2009 – 31 mai 2010)

Peter Crossgrove
(Président honoraire)

Kevin Conley
(27 juin 2007 -26 juin 2014)

Michael Cooper
(12 août 2009 – 11 août 2012)

Malcolm H. Heins
(25 fév. 2009 – 24 fév. 2012)

Darren Johnson
(20 juin 2007 – 19 juin 2010)

Shoba Khetrapal
(21 déc. 2006 – 20 déc. 2012)

Marilyn Knox
(23 mars 2011 – 22 mars 2014)

Patricia Lang
(20 juin 2007 – 19 juin 2014)

Dr Andreas Laupacis
(23 mars 2011 – 22 mars 2014)

Dre Wendy Levinson
(13 fév. 2008 – 12 fév. 2014)

Roland Montpellier
(1er déc. 2004 – 30 nov. 2010)

Stephen Roche
(20 sept. 2006 – 30 juin 2012)

Dr Walter Rosser
(27 juin 2007 – 26 juin 2014)

Dianne Salt
(7 avril 2010 – 6 avril 2013)

Dr Mamdouh Shoukri
(24 sept. 2008 – 23 sept. 2011)

Betty-Lou Souter
(20 juin 2007 – 19 juin 2013)

DIRECTION GÉNÉRALE

Michael Sherar, PhD
Président et Chef de la direction (depuis janv. 2011)

Helen Angus
Vice-présidente, Réseau rénal de l'Ontario, ACO

Judy Burns
Vice-présidente (I), Planification et Programmes régionaux (depuis janv. 2011)

Paula Knight
Vice présidente, Communications

Garth Matheson
Planification et Programmes régionaux

John McLaughlin, PhD
Vice-président, Étude et Surveillance des populations
(jusqu'au 1er octobre 2010)

Rick Skinner,
Vice-président, Directeur de l'information

Dr Joe Pater,
Vice-président, Recherche clinique et Applications
(jusqu'en mars 2011)

Dre Linda Rabeneck,
Vice-présidente, Prévention et Lutte contre le cancer
(depuis le 4 octobre 2010)

Elham Roushani,
Vice-président, Finances et Ressources humaines
Directeur financier

Dre Carol Sawka,
Vice-président, Programmes cliniques et Initiatives sur la qualité

Pamela Spencer,
Vice-présidente, Services généraux, Conseiller juridique et Directeur du respect de la vie privée

Michael Sherar, PhD
Vice-président, Planification et Programmes régionaux
(avril 2010 à janvier 2011)

Mitchell Toker,
Vice-président, Affaires publiques
(jusqu'en septembre 2011)

DIRECTION CLINIQUE

Dr Julian Dobranowski,
Directeur de programmes, Programme d'imagerie du cancer

Audrey Friedman,
Directeur provincial, Formation des patients

Esther Green,
Directeur provincial, Programmes de soins infirmiers et d'oncologie psychosociale

Dr Jonathan Irish,
Directeur provincial, Programme d'oncologie chirurgicale

Dr Leonard Kaizer,
Directeur provincial, Programme de traitements systémiques

Dr José Pereira
Directeur provincial, Programme de soins palliatifs

Dr John Srigley,
Directeur provincial, Programme de pathologie et de médecine en laboratoire

Dr Padraig Warde,
Directeur provincial, Programme de radiothérapies

DIRECTION PROVINCIALE

Dr Louis Balogh,
Vice-président régional, Centre

Claudia den Boer Grima,
Vice-président régional, Erie St. Clair

Brenda Carter,
Vice-président régional, Sud-Est

Dr Peter Dixon,
Vice-président régional, Centre-Est
(jusqu'en juillet 2011)

Lisa Shiozaki,
Vice-président régional, Centre-Est
(jusqu'en juillet 2011)

Paula Doering,
Vice-président régional, Champlain

Dr Bill Evans,
Vice-président régional,
Hamilton Niagara Haldimand Brant

Dr Sheldon Fine,
Vice-président régional, Centre régional de cancérologie de Peel
Centre-Ouest et Mississauga Halton

Dre Mary Gospodarowicz,
Vice-président régional, Toronto-Centre

Mark Hartman,
Vice-président régional intérimaire, Nord Est

Garth Matheson,
Vice-président régional, North Simcoe Muskoka

Dr Craig McFadyen,
Vice-président regional, Waterloo Wellington

Brian Orr,
Vice-président régional, Sud-Ouest

Michael Power,
Vice-président régional, Nord-Ouest

Dre Linda Rabeneck
Vice-président régional, Toronto Centre (2005 - 2010)

Dr Andy Smith,
Vice-président régional intérimaire, Toronto-Centre
(1er octobre 2010 - 17 mars 2011)
Vice-président régional, Toronto-Centre
(depuis le 17 mars 2011)

DIRECTION DU RRO

Helen Angus
Vice-présidente, Réseau rénal de l'Ontario

Treva McCumber,
Directeur général, Programmes pour les MRC,
Réseau rénal de l'Ontario
(jusqu'en août 2011)

Dr David Mendelssohn,
Directeur clinicien, Recherche et Innovation

Dre Judith Miller,
Directeur médical provincial, Réseau rénal de l'Ontario
Directeur clinicien, Dépistage précoce et Prévention

Dre Louise Moist,
Directeur clinicien, Accès vasculaire

Dr Andreas Pierratos,
Directeur clinicien, Dialyses autonomes

Dr Peter Magner,
Responsable provincial,
Groupe sur le financement des maladies rénales chroniques

DIRECTION PROVINCIALE DU RRO

Rick Badzioch,
Directeur régional, Hamilton Niagara Haldimand Brant

Jill Campbell,
Directeur régional, Toronto-Centre

Lise Corriveau,
Directeur régional, Nord-Est

Patricia Dwyer,
Directeur régional, Erie St. Clair

Ken Fast,
Directeur régional, Centre-Ouest
(jusqu'en août 2011)

Elaine Chemeris,
Directeur régional, Centre-Ouest
(depuis août 2011)

Julie A. Gordon,
Directeur régional, Sud-Est

Janet Graham
Directrice régionale intérimaire, Champlain

Mélanie Tremblay,
Directeur régional, Centre

Julia Salomon,
Directeur régional, Nord-Ouest

Carol Rhiger,
Directeur régional (I), Sud-Ouest
(depuis juillet 2011)

Connie Twolan,
Directeur régional, Champlain

Marni Van Kessel,
Directeur régional, North Simcoe Muskoka

Peter Varga,
Directeur régional, Waterloo Wellington

Nancy Webster,
Directeur régional, Mississauga Halton

Jay Wilson,
Directeur régional, Centre-Est